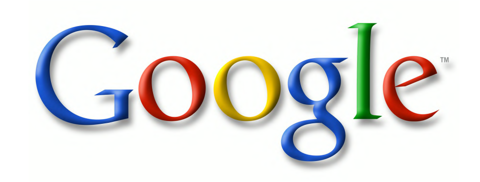
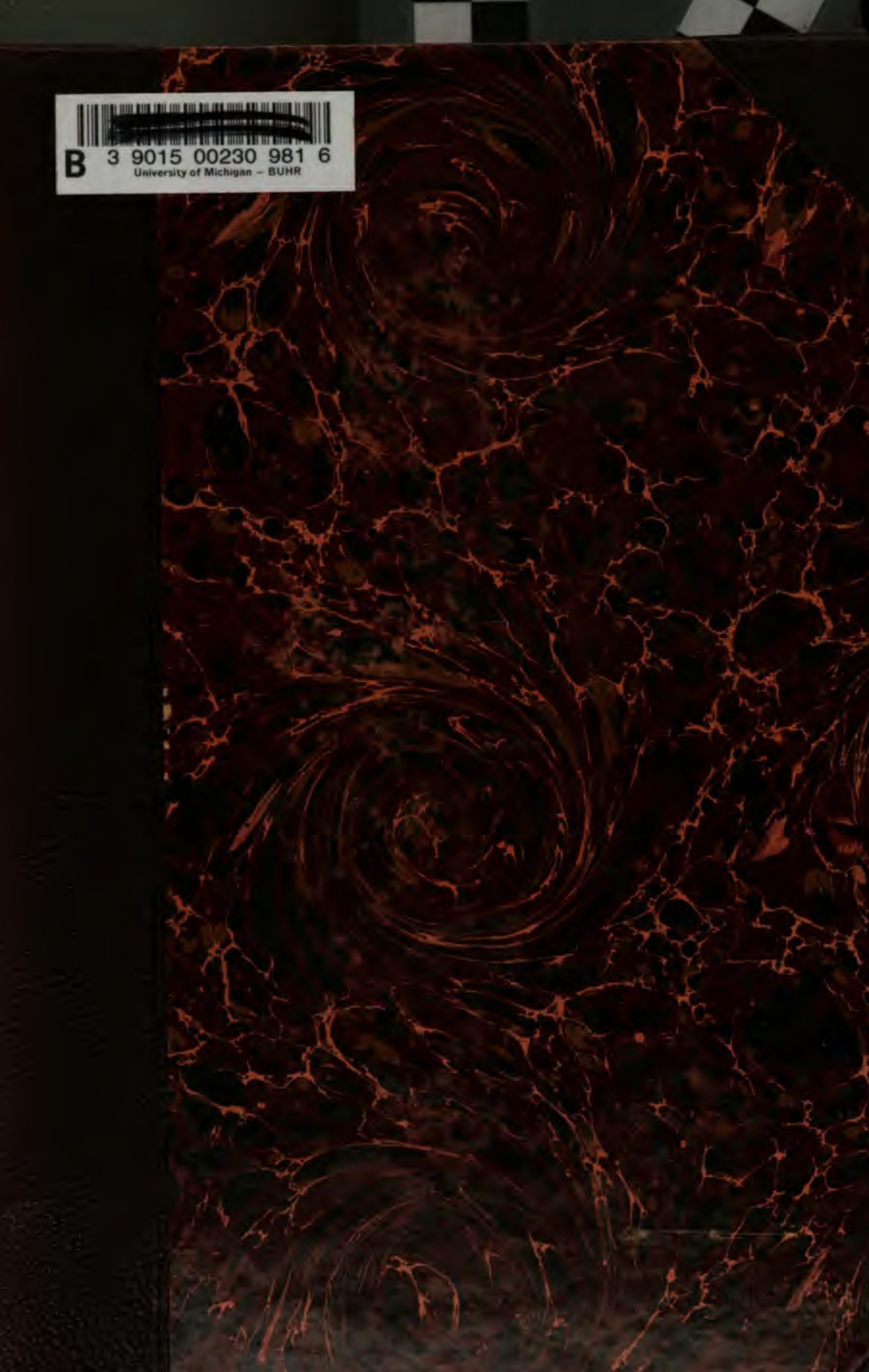
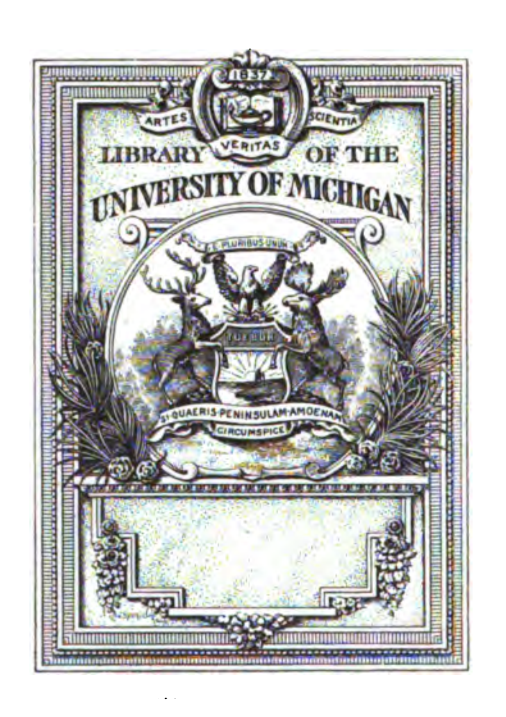



B 3 9015 00230 981 6
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



LA

GYNÉCOLOGIE

LA GYNÉCOLOGIE

TOME SEPTIÈME — 1902

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

LA GYNÉCOLOGIE

FÉVRIER 1902

MÉMOIRES

LA MÉTRITE PARENCHYMATEUSE CHRONIQUE

Par le Dr Armand SIREDEY,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

« Multa renascentur quæ jam cecidere, cadentque,
« Quæ nunc sunt in honore... »
(HORACE, *Art poétique.*)

I

Il y a quelque vingt ans, les gynécologues distinguaient dans les inflammations de la matrice deux variétés fondamentales : la *métrite catarrhale* (ou *métrite interne*) et la *métrite parenchymateuse*, selon que la maladie était localisée à la muqueuse, ou qu'elle s'étendait à la totalité de l'utérus.

Lorsque les merveilleuses découvertes de Pasteur bouleversèrent toute la nosologie, l'attention des chirurgiens se fixa d'une manière exclusive sur la cavité utérine, qui était à la fois le siège primitif des infections génitales profondes et la région la plus facilement accessible aux interventions. Le corps de l'utérus passa au second plan et ses altérations devinrent, en quelque sorte, tributaires de celles de la muqueuse.

On ne connut désormais qu'une seule métrite ayant, pour caractère essentiel, des lésions glandulaires d'origine microbienne susceptibles d'envahir, de dedans en dehors, la couche musculeuse de la matrice.

L'excellent et remarquable livre du professeur Pozzi a consacré cette doctrine qui paraissait singulièrement simplifier la pathologie génitale. Le très intéressant ouvrage de mon maître, M. Labadie-Lagrave, et de Legueu, a été conçu à ce point de vue, dans le même esprit.

Doléris avait bien évoqué le souvenir des processus congestifs qui atteignent l'utérus, en dehors de toute infection appréciable, et plusieurs thèses, faites sous son inspiration, avaient défendu les mêmes idées : mais ses réclamations, quoique fort légitimes, ne furent pas écoutées à ce moment : la notion de la *métrite une et indivisible* semblait un des dogmes de la gynécologie chirurgicale.

Le Dr G. Richelot, inaugurant son enseignement gynécologique à l'hôpital Saint-Louis, s'éleva contre cette simplification abusive, et s'efforça de séparer, des métrites infectieuses, un certain nombre de troubles fonctionnels et de lésions utérines qu'on ne pouvait rattacher à une origine microbienne.

En mai 1900, dans une communication à la Société de Chirurgie, puis dans un très remarquable mémoire, en collaboration avec Barozzi, publié par *la Gynécologie* en février 1901, M. G. Richelot donna à la fois plus de développement et plus de précision à ses idées. Il montra que divers états pathologiques de l'utérus se rencontrent en dehors de l'infection : ils forment, dit-il « une série commençant au gros utérus habituellement con- « gestionné mais de moyen volume, et aboutissant aux degrés « extrêmes du gigantisme utérin »; ces lésions coïncident d'ailleurs fréquemment avec le prolapsus et la rétrodéviation, qui résultent du relâchement des ligaments fibreux, si fréquent chez les arthritiques, et se rattachent, pour lui, à une sclérose dystrophique indépendante de tout processus infectieux, et relevant uniquement de la diathèse neuro-arthritique.

Cette conception fut parfaitement accueillie des médecins, dont elle justifiait les tendances conservatrices et dont elle encourageait les tentatives de thérapeutique générale.

Elle fut assez vivement discutée par les chirurgiens, qui maintenaient l'influence prédominante de l'infection dans la plupart de ces affections génitales, et réduisaient le rôle de la diathèse neuro-arthritique à de simples modifications du terrain, imprimant à la maladie une évolution spéciale.

Doléris [1], bien qu'il ait appuyé la plupart des conclusions de M. Richelot, conformes aux idées qu'il avait lui-même développées maintes fois, n'accepte pas sans réserves la part du neuro-arthritisme dans la genèse des lésions utérines. Il rappelle l'influence sclérogène de diverses maladies générales telles que la syphilis, la tuberculose, et d'intoxications comme l'alcoolisme, etc., ou de traumatismes variés, et, en particulier, des cautérisations intra-utérines. Il signale également l'importance de l'involution incomplète de l'utérus, à la suite des accouchements ou fausses couches.

Ces critiques ne font d'ailleurs qu'élargir l'étiologie et la pathogénie de la sclérose utérine; au fond, ces deux auteurs sont absolument d'accord sur la séparation des scléroses simples et des altérations variées qui relèvent de l'infection de la muqueuse utérine.

En somme, malgré toutes les objections qui lui ont été opposées, cette conception *dualiste* des affections utérines s'est imposée à l'attention des gynécologistes, et ceux qui ne partagent pas absolument les idées de M. Richelot reconnaissent, tout au moins, l'indépendance de certaines congestions primitives de l'appareil utéro-ovarien, et ne voient plus, exclusivement, dans les lésions du parenchyme utérin, la simple propagation ou la répercussion de l'endométrite.

On comprend qu'il faut compter avec le terrain qui, dans la pathologie de l'utérus, comme dans celle des autres organes, peut modifier singulièrement l'évolution de la maladie.

Ces saines idées de pathologie générale, trop longtemps oubliées, ont été fort heureusement remises en honneur par M. Richelot, et elles ont rendu au parenchyme utérin une partie de l'importance qu'il avait autrefois au point de vue nosologique.

Je crois qu'il convient de faire un pas de plus dans cette voie, et de reconnaître franchement que les affections de la matrice présentent, au point de vue anatomo-pathologique et clinique, des différences très tranchées suivant qu'elles se localisent à la muqueuse, ou qu'elles envahissent primitivement ou secondairement toute l'épaisseur de l'organe. C'est ce qu'avaient bien compris les anciens auteurs, qui faisaient de cette distinction la base d'une classification des métrites, et qui opposaient à la *métrite interne* la *métrite parenchymateuse*.

Le retour à l'opinion ancienne me paraît le corollaire logique

[1] DOLÉRIS. Troubles utérins d'origine dégénérative : sclérose utérine. (*La Gynécologie*, avril et juin 1901.)

des notions que nous devons à M. Richelot sur les altérations primitives du muscle utérin.

Les anciens auteurs avaient, en effet, une notion très exacte et très juste de ces gros utérus congestionnés et douloureux. Ils en connaissaient admirablement les diverses modalités, et on retrouve facilement les principaux traits qui les caractérisent dans la plupart des ouvrages gynécologiques publiés de 1830 à 1880.

Lisfranc, Duparcque, Becquerel, n'en donnent, à la vérité, que des esquisses informes. L'engorgement, la congestion, l'inflammation sont souvent confondus par eux avec le cancer, les corps fibreux, et même avec les affections péri-utérines; néanmoins on voit que leur attention avait été maintes fois attirée par ces hyperplasies utérines longtemps compatibles avec la conservation de la santé générale.

Mais Scanzoni, Aran, puis Gallard, F. Siredey et H. Danlos, ont été beaucoup plus explicites, et ils ont consacré de longues et intéressantes pages à ces utérus épaissis, aux sinus gorgés de sang, qui constituaient pour eux le type le plus achevé de la *métrite parenchymateuse*.

De toutes ces descriptions, la plus saisissante est celle que nous a laissée Aran[1]. Elle peut encore servir aujourd'hui de modèle et de guide.

Il étudie d'abord la congestion utérine dont il analyse avec une merveilleuse précision tous les symptômes. Il montre que ces fluxions périodiques, qui font partie essentielle des fonctions utéro-ovariennes, peuvent, par leur exagération ou par leur persistance insolite, occasionner de graves désordres dans l'appareil génital.

« Cette congestion, » dit-il, « ne peut pas durer longtemps sans « imprimer à la matrice une augmentation sensible de volume. « Or cette augmentation de volume ne tient pas seulement à « l'augmentation de vascularité, à l'afflux et à la stase du sang « dans le système capillaire de l'organe utérin, mais bien à l'ac« croissement d'épaisseur des parois et à la dilatation simultanée « des cavités, principalement de la cavité du corps. C'est chose « curieuse que de voir combien cette cavité peut se trouver « agrandie, même chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants ! »

Après les fluxions passagères, après l'*engorgement hypertrophique*, il décrit l'*engorgement inflammatoire*, et je ne puis mieux faire que de reproduire ici quelques traits de ce tableau : « L'in-

[1] Aran. *Leçons sur les maladies de l'utérus et des annexes*. Paris, 1858.

« duration, qui est souvent peu marquée et qu'il n'est possible de « saisir qu'avec une certaine attention, peut être portée assez « loin pour donner au tissu utérin un caractère presque ligneux. « A la coupe, ce tissu offre, en général, un aspect décoloré, « comme anémié; une teinte jaunâtre semble infiltrer l'organe « dans toute son épaisseur; il arrive cependant, qu'on y trouve « dans certains points une trace d'injection vasculaire encore très « visible; quelquefois, enfin, tout l'utérus a été trouvé vivement « congestionné, et cette congestion est généralement en rapport « avec une dilatation des sinus veineux de l'organe et des plexus « veineux qui sont situés sur ses parties latérales. Sous le scalpel, « le tissu induré crie parfois aussi, comme du tissu fibreux.

« Augmentation de volume, augmentation de consistance, tels « sont les caractères les plus tranchés de l'engorgement inflam- « matoire, auxquels il faut encore ajouter une augmentation dans « le poids de la matrice. Il n'est pas rare de trouver des utérus « dont le poids a doublé, triplé et même quadruplé. De son côté, « l'examen micrographique fait généralement constater, dans le « parenchyme utérin chroniquement enflammé, de nombreuses « altérations : ainsi, le tissu cellulaire, si rare dans l'utérus, et « surtout dans le corps de l'organe, est devenu très abondant, et, « dans l'épaisseur de ce tissu, on découvre la présence de très « nombreuses granulations moléculaires et, çà et là, des corps « fusiformes fibro-plastiques en plus ou moins grand nombre. A « ces lésions, en quelque sorte fondamentales, s'ajoutent d'autres « altérations qui sont assez fréquentes, celles du catarrhe chro- « nique, par exemple, et d'autres encore qui ont presque exclu- « sivement leur siège sur la portion vaginale du col, les granula- « tions et les ulcérations. »

Aran ne donne-t-il pas là tous les caractères anatomiques de ces gros utérus, avec leurs diverses nuances résultant de leur envahissement plus ou moins complet par le tissu conjonctif? Et il a soin d'indiquer que ce sont les lésions fondamentales, tandis qu'il considère comme des phénomènes accessoires et *assez fréquents*, les altérations du catarrhe chronique, les granulations et ulcérations, c'est-à-dire, dans notre langage moderne, l'endométrite avec les kystes glandulaires du col et l'ectropion.

Sa description clinique n'en est pas moins parfaite : il insiste sur l'importance de la palpation, combinée au toucher vaginal ou rectal, qui permet d'apprécier la longueur de l'utérus et de mesurer son épaisseur, toujours accrue en pareil cas; il conseille de compléter l'exploration par le toucher, pratiqué debout, à l'aide

duquel on constate l'abaissement fréquent de l'utérus hypertrophié et son immobilité relative dans le bassin, bien qu'il n'existe ni adhérences ni fausses membranes.

Il est inutile d'abuser de ces citations, malgré tout l'intérêt qu'elles présentent : celles qui précèdent suffisent pour montrer qu'Aran avait fait une étude approfondie de ces utérus hypertrophiés, sclérosés, sur lesquels M. Richelot vient de rappeler l'attention. Au double point de vue de l'anatomie pathologique et de la clinique, les descriptions que chacun d'eux en a faites à plus de quarante ans de distance offrent une analogie frappante.

On trouve, dans les leçons d'Aran, même les formes extrêmes étudiées plus tard par M. Richelot: les utérus géants et l'allongement hypertrophique du col.

Pour l'un comme pour l'autre, la congestion constitue la première étape du processus qui conduit à l'hypertrophie et à l'induration.

Seule l'interprétation des faits diffère : ce qui était attribué par Aran à l'inflammation, est mis, par M. Richelot, sur le compte de la sclérose. Cette divergence est cependant, à mon avis, plus apparente que réelle.

Bien qu'ils aient pu s'appuyer sur des notions histologiques et étiologiques plus précises, puisqu'ils possédaient déjà la notion des infections génitales, la plupart des gynécologues allemands n'ont pas abandonné la *métrite parenchymateuse*. Ils ont sagement compris qu'elle représentait une entité clinique et anatomique de réelle importance. Schrœder et plus récemment Hofmeier la décrivent à côté de l'endométrite, et mettent bien en relief ses relations avec la subinvolution utérine, ainsi que les symptômes douloureux qui la caractérisent.

On a donc lieu d'éprouver quelque surprise en constatant que les auteurs français ont oublié, de nos jours, cette forme chronique de l'inflammation de l'utérus, dont la physionomie est si particulière.

II

LA CONGESTION UTÉRINE

D'après la conception de M. Richelot, la dystrophie scléreuse de l'utérus, chez les neuro-arthritiques, évolue en deux étapes : elle commence, dès la puberté ou dans les années qui suivent, par des phénomènes de congestion, qui aboutissent peu à peu à

des altérations périvasculaires engendrant la sclérose de l'organe.

Dans une étude publiée ici même [1] sur la congestion utérine, j'ai défendu les mêmes idées que M. Richelot, c'est-à-dire l'origine diathésique du processus congestif, et son influence sclérogène dans quelques cas; mais j'ai été plus réservé sur les altérations anatomiques que sur les troubles fonctionnels, parce que j'ai eu beaucoup plus fréquemment l'occasion d'observer ceux-ci que celles-là.

En effet l'arthritisme que Sénac [2], de Vichy, avait si justement appelé *la diathèse congestive*, manifeste surtout son influence par des phénomènes d'hypérémie, c'est-à-dire par *de simples troubles fonctionnels*, qui coïncident le plus souvent avec l'époque menstruelle, exagérant, dès l'origine, l'excitation utéro-ovarienne. Il en résulte des ménorrhagies accompagnées de douleurs lombo-abdominales et pelviennes : puis ces accidents s'accroissent peu à peu : l'excès de la poussée congestive provoque vraisemblablement, du côté des ovaires, le développement anormal des follicules de de Graaf, en même temps qu'une résistance excessive du stroma empêche leur rupture; et il se produit alors de petits kystes folliculaires qui se compliquent de sclérose de l'ovaire. Du côté de l'utérus, les hémorragies s'accentuent, elles augmentent de durée et d'abondance, en même temps que les phénomènes précurseurs des règles apparaissent prématurément et persistent plus longtemps. Ces conditions engendrent un état d'éréthisme prolongé de l'appareil génital, dont la persistance peut amener une augmentation de volume de l'utérus. C'est ce que l'on observe assez fréquemment chez des femmes jeunes, ou même chez des jeunes filles, mais l'accroissement de la matrice est en somme modéré et, chez les nullipares, en dehors de toute infection, l'utérus est rarement doublé de volume. Il se caractérise surtout par sa forme globuleuse, due à l'épaississement du fond de l'organe et qui coïncide souvent avec une exagération de flexion en arrière ou en avant.

Les choses peuvent rester longtemps, indéfiniment, stationnaires; les époques menstruelles provoquent des poussées congestives plus ou moins pénibles, douloureuses même, qui précèdent de quelques jours, d'une semaine, l'apparition du sang, pour céder, habituellement, dès que se produit l'écoulement.

L'abondance des règles est très variable et n'est nullement en

[1] A. Siredey. La congestion utérine. (*La Gynécologie*, février 1900.)
[2] Sénac. *Notions générales sur la diathèse congestive*, 1882 et 1884.

rapport avec les prodromes. Certaines femmes ont une véritable *congestion sèche*, d'autres ont des *hémorragies* copieuses ; ces phénomènes peuvent alterner chez la même personne. Il me paraît inutile de revenir ici sur tous les détails de la congestion utérine qui ont été déjà étudiés dans le travail auquel j'ai fait allusion.

L'influence diathésique se manifeste quelquefois en dehors des périodes cataméniales : les écarts de régime, l'influence excitante de l'air marin, d'un changement brusque d'altitude, suffisent pour déterminer des poussées congestives accompagnées des mêmes symptômes.

Généralement, malgré ces assauts successifs, l'utérus ne se modifie pas d'une manière exagérée : il reste globuleux, dur, tendu, plus lourd, et comme immobilisé au moment des crises, moins gros et plus souple dans les périodes de calme. Le col renflé, en tronc de cône à base supérieure, est rouge, violacé et son orifice paraît plus étroit à cause de la tuméfaction de ses lèvres ; son accroissement est moindre que celui du corps utérin au moment des poussées fluxionnaires. A mesure que les femmes avancent en âge, les phénomènes congestifs ne font que s'accroître, bien que l'écoulement sanguin ait de la tendance à diminuer. Ils atteignent ordinairement leur maximum vers l'âge de la ménopause, puis ils s'apaisent, non sans avoir provoqué quelques orages, et la matrice subit un mouvement de régression dans les années qui suivent la disparition des règles, au point de reprendre son volume primitif, au-dessous duquel elle peut même descendre.

Telle est la marche habituelle des fluxions utéro-ovariennes d'origine diathésique.

Ces congestions répétées, parfois permanentes, peuvent engendrer une augmentation du volume de l'utérus, de même que, chez l'homme, les congestions de la prostate aboutissent à l'accroissement de cet organe. M. Richelot considère ces processus congestifs *aseptiques* comme étant l'unique cause de son hypertrophie scléreuse.

Cependant, chez les femmes qui vivent à l'abri des excitations génitales et de toute cause d'infection, ce n'est que d'une manière exceptionnelle que l'utérus prend, spontanément, un développement excessif. Aran, qui admettait « l'engorgement hypertro-« phique de la congestion », a eu soin de faire observer que, « chez « les nullipares, le fond de l'utérus ne s'élève jamais au-dessus « de l'arcade pelvienne ».

Dans l'immense majorité des cas, en effet, on trouve, chez les

jeunes filles et même chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, un utérus globuleux et modérément augmenté de volume, et, malgré des troubles fonctionnels très accentués, les lésions ne sont jamais considérables.

Mais il est bien rare que les choses se passent aussi simplement, et, si l'on peut comprendre, à la rigueur, chez des vierges, cette évolution aseptique de l'utérus hyperplasié, elle est déjà moins acceptable chez les femmes mariées, parce que de nouvelles causes d'inflammation ou d'infection interviennent, qui modifient sensiblement ces processus congestifs, en favorisent le retour et provoquent leur retentissement sur le parenchyme utérin.

Les excitations génitales, ainsi que le signalent un certain nombre de femmes, accentuent souvent les troubles utéro-ovariens. Elles semblent quelquefois hâter le retour des règles et exagérer les phénomènes d'hyperémie qui les précèdent et les accompagnent.

De plus, le danger des infections augmentent singulièrement; sans parler du gonocoque et des autres microbes exogènes, particulièrement malfaisants, les organismes occupant l'entrée du vagin peuvent envahir le col utérin, et il n'est pas démontre qu'ils soient aussi inoffensifs qu'on l'admet généralement.

L'hypersécrétion du col est plus commune chez les femmes mariées, et l'augmentation de volume de l'utérus se rencontre plus fréquemment que chez les vierges; en revanche la dysménorrhée est peut-être moins constante et moins accusée que chez ces dernières.

Subinvolution utérine. — Mais aucune circonstance n'exerce sur ces processus congestifs une influence aussi marquée que la grossesse.

Au moment de l'accouchement, que celui-ci se fasse à terme ou qu'il s'agisse d'une fausse couche, on observe très fréquemment, chez ces arthritiques congestives, de l'inertie utérine. Elle se manifeste parfois, pendant le travail, par l'insuffisance des contractions de la matrice et par la lenteur de l'expulsion du fœtus, à tel point qu'on est obligé fréquemment de recourir au forceps. Au moment de la délivrance, ou dans les heures qui suivent, cette inertie de l'utérus se révèle encore par des hémorragies d'abondance variable, qui se reproduisent souvent les jours suivants, à des intervalles irréguliers et à plusieurs reprises, pendant les suites de couche.

Or, dès ce moment, le palper de l'abdomen combiné au toucher vaginal montre que, bien qu'il ne soit survenu aucun phénomène infectieux, l'utérus a peu de tendance à reprendre son volume normal. Après quatre ou cinq semaines, l'involution n'est pas beaucoup plus avancée qu'elle ne l'est habituellement dix ou douze jours après l'accouchement.

Les femmes qui, dans ces conditions, se lèvent, marchent et reprennent leur vie ordinaire, ralentissent encore ce travail de régression ; au bout de plusieurs mois, on constate, chez elles, un utérus qui a le double ou le triple de ses dimensions normales.

De plus, cette involution lente prédispose les malades aux infections secondaires, puisqu'elle expose ces utérus gros et béants à toutes les invasions microbiennes que favorisent encore des écoulements abondants et prolongés. Puis les infections tardives, quelquefois apyrétiques et silencieuses, qui surviennent dans ces conditions entraînent de nouveaux désordres dans la circulation utérine, soit par les altérations qu'elles engendrent dans les parois de l'organe, soit par les complications qu'elles provoquent du côté des annexes.

Telle est, assurément, la cause fondamentale de l'hypertrophie utérine. Elle n'avait pas échappé à l'observation sagace des anciens auteurs. Aran avait très justement insisté sur son importance, et ce point a été peut-être trop oublié dans ces derniers temps.

Sous prétexte que la température a toujours été normale, que l'on n'a observé aucun symptôme d'infection, on considère trop facilement les suites de couche comme terminées. Or, dans ces utérus incomplètement involués, les sinus veineux et les lymphatiques restent distendus ; la circulation du sang et de la lymphe s'y fait de la manière la plus défectueuse ; aussi l'influence sclérosante du neuro-arthritisme y trouve-t-elle un terrain admirablement préparé et des conditions exceptionnellement favorables que viennent encore, trop souvent, renforcer des infections secondaires intercurrentes.

Il est facile de se rendre compte que, dans l'immense majorité des cas, sauf de rares exceptions, les gros utérus appartiennent à des femmes qui ont eu plusieurs enfants, et surtout à celles dont les accouchements se sont suivis à des intervalles rapprochés, alors que l'involution n'avait, pour ainsi dire, jamais été complète, d'une grossesse à l'autre.

Ce n'est pas seulement à propos de la parturition que se manifestent ces phénomènes d'inertie utérine. Certains utérus dilatés

pour une exploration, pour un curettage ou pour des pansements, ne reviennent que très lentement sur eux-mêmes et demeurent béants bien au delà des limites habituelles.

Cette notion de la subinvolution était bien connue des anciens auteurs; tous s'accordaient à lui faire jouer un rôle prédominant dans la production de *métrite parenchymateuse chronique*, et je crois qu'elle n'a rien perdu de son importance à ce point de vue.

Elle explique l'action de l'influence diathésique, en lui fournissant une localisation.

Il n'est pas dans les habitudes du neuro-arthritisme de créer, de toutes pièces, des dystrophies graves dans des organes sains. Ordinairement, il ne fait qu'apporter ses tendances congestives ou sclérosantes, qui collaborent avec d'autres influences morbides.

Si la congestion simple des vierges et, à la rigueur, celle des nullipares, réalisent assez exactement le processus aseptique que décrit M. Richelot, elles ne semblent contribuer que pour une part assez restreinte à l'élaboration des gros utérus dégénérés et vascularisés à l'excès. Ceux-ci se rencontrent presque exclusivement chez des multipares, et la diffusion de la sclérose ainsi que l'hyperplasie musculaire s'expliquent suffisamment alors, par l'arrêt de l'involution utérine à la suite d'accouchements ou de fausses couches.

Quant aux utérus géants et à l'allongement hypertrophique du col, ils appartiennent en réalité à l'histoire des tumeurs, car l'élément musculaire joue, dans leur évolution, un rôle beaucoup plus important que le tissu conjonctif, et ils ne peuvent guère figurer ici qu'à titre exceptionnel.

III

SCLÉROSE ET INFLAMMATION

Aux congestions utéro-ovariennes du neuro-arthritisme, succède la sclérose, dit M. Richelot. Et si l'on examine, à une période avancée de leur évolution, ces utérus, qui sont restés longtemps volumineux, durs, sujets aux poussées fluxionnaires, on constate qu'ils sont manifestement sclérosés.

Leur tissu, épaissi, induré, se laisse difficilement traverser par le couteau, et on distingue, sur les coupes, de vastes bandelettes blanchâtres ou jaunâtres, dont la coloration pâle tranche vivement sur les sinus veineux distendus et gorgés de sang. Tantôt ces bandes de scléroses forment d'épais tractus distincts, au

milieu du tissu musculaire, tantôt elles se prolongent en filaments assez ténus, au milieu des fibres-cellules du muscle utérin, avec lesquelles elles se confondent, au point qu'on ne peut les distinguer aisément.

Il est bon de rappeler que Virchow a décrit la métrite parenchymateuse avec les myomes, dans l'impossibilité où il se trouvait, disait-il, de différencier avec certitude, du tissu musculaire lisse de l'utérus, certains éléments du tissu conjonctif.

Et la distinction est d'autant plus difficile ici, que les éléments musculaires sont eux-mêmes modifiés : nombre de fibres-cellules sont notablement augmentées de volume et quelquefois déformées.

On ne constate que de rares cellules embryonnaires au milieu des travées conjonctives et plutôt encore à la périphérie des vaisseaux sanguins. Ces cellules migratrices font même, parfois, complètement défaut.

Comment convient-il d'interpréter ces altérations? S'agit-il d'un simple processus de dégénérescence, d'une dystrophie scléreuse pure sans aucune réaction inflammatoire? M. Richelot et, avec lui, Doléris sont absolument affirmatifs sur ce point. Ils considèrent, l'un et l'autre, l'inflammation comme étant en quelque sorte *fonction* de l'infection, et ils refusent tout caractère inflammatoire à une lésion qui n'est pas déterminée par un processus infectieux.

A propos d'une observation du Dr A. Pettit dans laquelle il est question, à la fois, de *cellules inflammatoires* et de sclérose, Doléris s'écrie : « Ce que je veux critiquer, c'est l'assimilation qui paraît « être acceptée entre l'inflammation et la sclérose. »

De son côté, M. G. Richelot, dans la préface de son excellent livre, sur la « Chirurgie de l'Utérus », s'exprime ainsi : « Nous « décrirons ici la métrite vraie, c'est-à-dire l'infection de l'utérus. « Car il est bien entendu que c'est aux lésions d'origine infectieuse « que s'appliquent ce vieux mot, l'inflammation, et tous les mots « terminés en *ite*. Désigner de la même façon des lésions micro- « biennes venues de l'extérieur et des altérations nutritives ou « diathésiques, ce serait revenir en arrière et confondre à nou- « veau ce que l'analyse pathogénique a nettement séparé. »

J'avoue que cette distinction me paraît excessive : elle n'est nullement consacrée par le langage médical courant, ainsi qu'en témoignent de nombreux précédents, et je ne la crois justifiée ni par l'anatomie pathologique, ni par la clinique.

On emploie couramment les mots en « *ite* », suivant l'expression de M. Richelot, pour désigner diverses maladies sans rien

préjuger de leur origine infectieuse, toxique ou diathésique. Les arthrites goutteuses, les néphrites saturnines, les hépatites alcooliques, les myocardites scléreuses, etc., n'ont pas encore été rayées du vocabulaire médical. Il ne serait donc pas contraire à la logique de qualifier de métrite une affection utérine caractérisée par des phénomènes inflammatoires, alors même que ceux-ci ne relèveraient pas d'une infection parfaitement démontrée.

L'anatomie pathologique sépare-t-elle formellement les scléroses des inflammations? La rareté ou l'absence de cellules migratrices dans les interstices du tissu fibreux suffisent-elles pour distinguer un processus dystrophique d'un processus inflammatoire?

Dans son excellent livre [1] sur « l'inflammation » et, dans son remarquable article « Inflammation [2] » du *Traité de Pathologie générale*, Letulle décrit la sclérose parmi les formes de l'inflammation chronique, et il montre que, dans ce cas, l'hyperdiapédèse, peu accentuée au début, diminue au point de disparaître à peu près complètement à une période plus avancée. En revanche, on constate l'hyperplasie des éléments musculaires du cœur dans la myocardite chronique, comme on observe la multiplication et l'hypertrophie des fibres lisses dans les gros utérus étudiés par M. Richelot.

On ne saurait donc méconnaître l'analogie qui existe, au point de vue anatomique, entre les lésions que présentent ces utérus hypertrophiés, et celles que l'on rencontre dans l'inflammation chronique des divers organes.

Il s'agit d'ailleurs ici d'une altération bien spéciale qui ne ressemble en rien à la sclérose atrophique de l'utérus sénile. Elle ne coïncide pas avec des polyscléroses généralisées de la plupart des viscères. On ne la rencontre que très exceptionnellement chez des artérioscléreuses, alors même que celles-ci succombent au voisinage de la ménopause, c'est-à-dire à l'époque où l'appareil génital subirait plus facilement les influences dystrophiques générales.

De plus cette hyperplasie scléreuse de l'utérus, quoiqu'elle soit due à une influence diathésique, ne survient guère que si elle est provoquée ou exagérée par certaines conditions locales.

Enfin, l'hypertrophie des éléments conjonctifs, la multiplication des cellules musculaires et leur accroissement ne témoignent-ils pas en faveur d'un processus irritatif bien caractérisé?

Mais il est extrêmement difficile de préciser le début et l'évolu-

[1] LETULLE. *L'inflammation.* Paris, 1893.
[2] *Traité de pathologie générale.* Art. « Inflammation » par le Dr Letulle. Paris, 1900.



tion de ce travail inflammatoire. A l'origine, la congestion est seule en cause : car le plus souvent, aux époques menstruelles, elle consiste en une simple exagération des phénomènes normaux, puis, peu à peu, les poussées congestives augmentent d'intensité et de durée. L'utérus, qui, tout d'abord, reprenait son volume normal dans les périodes de repos, reste, finalement, dans un état d'éréthisme permanent, et c'est alors que les tissus périvasculaires s'épaississent, réalisant l'engorgement congestif des anciens auteurs (Aran). Cette évolution se fait peu à peu, lentement, et, s'il est facile de se rendre compte de la différence qui existe entre la congestion initiale, intermittente, du début, et l'hyperplasie utérine des périodes avancées, le passage de l'une à l'autre se fait par des transitions progressives, lentes, peut-être à la faveur d'infections légères, banales, que l'on ne saurait observer ou décrire avec précision. Mais si cette première forme initiale, en quelque sorte idiopathique, de la sclérose utérine, chez les vierges, peut encore prêter à la discussion, l'hésitation n'est plus permise quand il s'agit des femmes mariées et surtout des multipares.

Pour être arthritiques, dit M. Richelot, ces malades n'en sont pas moins femmes, c'est-à-dire exposées à la contagion gonococcique ou streptococcique, à l'infection utérine en un mot. On peut ajouter, sans la moindre exagération, que, bien loin d'être à l'abri des infections secondaires, ces utérus y sont tout particulièrement prédisposés : leur col béant ouvre à tous les germes leur cavité agrandie, de sorte qu'il est à peu près impossible de les considérer longtemps comme indemnes d'infection.

S'ils échappent aux microbes officiellement reconnus dangereux, tels que le streptocoque ou le gonocoque, ils n'en sont pas moins envahis par des organismes de virulence moindre qui contribuent à irriter leurs glandes, à entretenir l'hypersécrétion, à provoquer les poussées inflammatoires dont ils sont fréquemment le siège, et que l'on voit plus d'une fois retentir sur les annexes.

On peut invoquer, à la fois, dans ces conditions, en faveur de *la métrite parenchymateuse*, l'existence de lésions anatomiques appartenant aux formes classiques de l'inflammation, et l'influence d'infections multiples, banales, dont la nature est assez mal caractérisée, mais qui sont suffisamment évidentes pour convaincre les plus sévères nosologistes.

Toutefois, c'est bien plus encore au nom de la clinique qu'au nom de l'anatomie pathologique qu'il importe de demander la réhabilitation de la *métrite parenchymateuse*, parce qu'elle cons-

titue une véritable entité morbide bien distincte des autres affections de la matrice.

IV

MÉTRITE PARENCHYMATEUSE CHRONIQUE

En effet, les altérations du parenchyme utérin ne sauraient être considérées comme un simple épisode de l'histoire des métrites. L'augmentation du volume de l'organe, les troubles circulatoires dont il est le siège, l'éréthisme douloureux qui en résulte, impriment à la maladie une physionomie particulière et modifient sensiblement son évolution.

Quand la muqueuse utérine est seule atteinte, la *métrite chronique* n'est généralement pas douloureuse. Elle se révèle à peu près exclusivement par l'hypersécrétion de ses glandes, justifiant la qualification de *métrite catarrhale* que lui donnaient les anciens auteurs. Si des hémorragies apparaissent, elles sont liées aux lésions glandulaires et interstitielles, et elles réclament, avant tout, un traitement local. Enfin les principaux accidents qui peuvent survenir dépendent surtout de l'extension du mal à la muqueuse tubaire.

C'est donc l'infection de la muqueuse qui domine toute la maladie et qui tient sous sa dépendance les complications ultérieures.

Ici, au contraire, les lésions de la muqueuse ne jouent plus qu'un rôle accessoire; et ce sont les troubles de la circulation utéro-ovarienne et l'hypertrophie de la matrice qui constituent la note dominante. Aussi la *métrite parenchymateuse* est-elle caractérisée par des phénomènes bien différents de ceux que l'on observe au cours de l'endométrite.

Symptômes. — La douleur est, en général, le premier symptôme qui attire l'attention des malades. A l'origine, celles-ci accusent une sensation à peu près permanente de pesanteur à l'hypogastre et sur le périnée, accompagnée de tiraillements dans la région lombo-abdominale. Ces phénomènes s'accentuent sous l'influence de la marche, de la station debout prolongée et des secousses de la voiture; ils se font sentir même dans la position assise; le décubitus horizontal les apaise sans les faire disparaître complètement.

Puis, cette pesanteur désagréable fait place à une douleur sourde, mais très pénible, parce qu'elle est à peu près continue, qui présente des irradiations sur le trajet des branches du nerf

crural, et plus exceptionnellement, du côté des nerfs sciatiques.

Lorsque l'utérus est un peu abaissé, les malades ont l'impression d'un corps volumineux qui tendrait à sortir par la vulve.

S'il existe des versions ou des flexions, on peut constater des phénomènes de compression et d'irritation du côté de la vessie ou du rectum.

Le corps de l'utérus vient-il appuyer sur le fond de la vessie, il en résulte des besoins d'uriner, impérieux et fréquents, qui peuvent aller jusqu'à une intolérance vésicale à peu près complète, accompagnée de dysurie.

Rétrofléchi, au contraire ou rétroversé, il provoque une constipation opiniâtre et parfois des épreintes accompagnées de selles muco-membraneuses.

Le retentissement de la métrite parenchymateuse se fait sentir bien au delà des limites du bassin : elle s'accompagne fréquemment de dyspepsie flatulente, de palpitations, d'essoufflements, de toux sèche, etc., phénomènes réflexes dus à l'irritabilité du système nerveux.

Souvent aussi, l'on constate, dans ces conditions, des accidents névrosiques variés qu'on peut rattacher à l'hystérie ou aux formes dépressives de la neurasthénie.

Ces diverses manifestations nerveuses relèvent assurément, pour une large part, de prédispositions héréditaires ou acquises qui pesaient déjà sur les malades antérieurement à l'apparition des accidents génitaux, mais ceux-ci ont contribué certainement à provoquer leur éclosion.

Les sécrétions sont généralement peu abondantes, claires ou à peine louches, très rarement purulentes; néanmoins elles occasionnent à la vulve une sensation de brûlure et souvent même de prurit persistant. Ces démangeaisons s'accompagnent parfois de folliculites ou de lésions eczémateuses, et de lichénifications secondaires qui résultent des grattages. De même que les accidents nerveux, ces déterminations cutanées sont, en grande partie, dues au neuro-arthritisme, et les liquides provenant de l'utérus ne fournissent souvent qu'un prétexte à leur développement.

La menstruation est presque toujours troublée: elle s'annonce plus ou moins longtemps à l'avance par une recrudescence des accidents : les douleurs lombo-abdominales et pelviennes augmentent d'intensité et deviennent continues. Elles s'irradient vers les membres inférieurs, dont les veines deviennent dures et turgescentes.

Les poussées congestives devancent de deux ou trois jours

l'écoulement sanguin, quelquefois elles apparaissent beaucoup plus tôt. Il n'est pas rare d'observer leur reproduction à une date assez régulière, au milieu de l'intervalle qui sépare les époques menstruelles, et elles peuvent s'accompagner d'un suintement de sang. En général, l'hémorragie, même modérée, amène une détente dans les symptômes locaux et dans les phénomènes généraux.

L'abondance des pertes de sang est très variable: chez certaines femmes, en dépit de prodromes très accentués et très prolongés, l'écoulement menstruel ne dure qu'un jour, un jour et demi, ou moins encore et il consiste en quelques gouttes de sang noir, épais et exhalant une odeur très forte.

Chez d'autres, il se produit de véritables métrorrhagies, de durée variable.

Il n'est pas rare de voir la congestion sèche et la congestion hémorragique alterner capricieusement chez la même femme, à des intervalles irréguliers.

En dehors de l'influence cataméniale, on observe fréquemment des poussées congestives sous l'influence de circonstances diverses. La marche prolongée, les longues stations debout, les courses en voiture, les voyages en chemin de fer, les excitations génitales, les excès d'alimentation, la constipation, etc... provoquent ou entretiennent les troubles de la circulation utérine.

Aussi observe-t-on fréquemment des recrudescences imputables à quelqu'une de ces causes.

La tendance aux rechutes constitue un des caractères importants de la métrite parenchymateuse.

Signes physiques. — Les signes physiques ne sont pas moins importants que les symptômes fonctionnels, et ils permettent d'établir assez facilement le diagnostic de *la métrite parenchymateuse chronique*.

Dans certains cas exceptionnels, la palpation abdominale permettra de sentir, en arrière du pubis, l'utérus considérablement augmenté de volume. Mais, le plus ordinairement, la palpation pratiquée en dehors du toucher ne fournit aucun renseignement. Associée au toucher vaginal ou rectal, elle donne des indications très précises sur le volume et sur la forme de l'utérus.

On sent très nettement entre la main appliquée sur l'abdomen et le doigt introduit dans le vagin, le fond globuleux, arrondi, du corps utérin, et on peut presque en apprécier les dimensions.

Mais, ainsi que le recommandait Aran, il est bon de pratiquer

le toucher dans la position horizontale et dans l'attitude verticale. En examinant la malade debout, on constate mieux l'abaissement de l'utérus, son augmentation de poids, sa sensibilité. Bien qu'il ne soit pas fixé par des adhérences ou immobilisé par une tumeur annexielle, il se déplace plus difficilement dans le bassin et les mouvements qu'on lui imprime sont douloureux. Au moment des poussées congestives, la sensibilité de l'utérus est souvent excessive; le contact du doigt, même quand on l'introduit avec précaution, provoque une sensation très pénible qui pourrait faire penser à tort à des complications du côté du péritoine ou des trompes.

Le col donne des impressions très variables, suivant qu'on l'examine chez des nullipares ou chez des multipares. Dans le premier cas, il a souvent la forme d'un dôme, au sommet duquel on distingue à peine l'orifice rétréci par la tuméfaction de ses bords. Chez les femmes qui ont eu des enfants, il est plus effacé, et, en quelque sorte, étalé au fond du vagin. La saillie des bords fait paraître quelquefois son orifice plus grand qu'il ne l'est en réalité. Lorsqu'il existe des déchirures, le doigt y pénètre facilement et peut sentir la surface veloutée de la muqueuse bourgeonnante sur les lèvres en ectropion.

Le tissu du col, comme celui du corps, est plus dur qu'à l'état normal.

S'il existe de petits kystes glandulaires sur le museau de tanche, on les distingue, à sa surface, comme de petits grains de plomb.

On perçoit, assez fréquemment, au pourtour du col, une sorte d'œdème non douloureux qui se prolonge sur les côtés de l'utérus.

Au toucher vaginal, il est bon d'ajouter le toucher rectal que l'on n'emploie pas aussi souvent qu'on devrait le faire.

Il ne faut pas oublier que le rectum est la voie la plus courte pour explorer le fond de l'utérus et les annexes. Chez un certain nombre de femmes, comme le faisait remarquer Aran, les culs-de-sac du vagin ne sont pas suffisamment dépressibles, et ne permettent pas de sentir nettement le corps de l'utérus lorsque celui-ci n'est pas dévié en avant ou en arrière; et, dans ce cas, l'exploration par le rectum donne des indications beaucoup plus précises.

L'examen au speculum ne renseigne que sur la forme et l'apparence du col utérin. Néanmoins, il est très utile, parce qu'il confirme les sensations fournies par le toucher.

Il permet de distinguer les kystes folliculaires du museau de tanche, la coloration violacée du col, sur laquelle se dessinent

quelquefois des bandelettes blanchâtres de sclérose et même le bourrelet œdémateux qui soulève, autour du col, les culs-de-sac vaginaux, au moment des poussées inflammatoires.

Car il est difficile de méconnaître la nature inflammatoire de ces procesus; la tuméfaction de l'utérus, l'hypersécrétion qui l'accompagne, les douleurs dont il est le siège, concordent avec les altérations anatomiques décrites plus haut, pour affirmer leur caractère phlegmasique. Rien n'y manque, pas même les complications.

S'il est rare de voir apparaître, au cours de cette affection, des salpingites ou salpingo-ovarites, on observe fréquemment de petites poussées de lymphangite qui donnent lieu à un empâtement plus ou moins étendu sur les côtés de l'utérus.

Il est assez rationnel de rattacher cette inflammation chronique, et les recrudescences qui l'aggravent de temps à autre, à des infections légères imputables aux nombreux microbes que renferme le vagin. Inoffensifs dans les circonstances ordinaires, ils rencontrent, dans ces gros utérus béants, des circonstances plus favorables à leur développement, et y déterminent des lésions à marche lente, sans grande réaction.

Ces utérus hypertrophiés offrent, à ce point de vue, une certaine analogie avec les grosses amygdales que l'on voit chez quelques sujets, et qui sont à chaque instant le siège de poussées inflammatoires. Elles semblent offrir aux microbes de la bouche un terrain admirablement préparé, que ceux-ci envahissent sans cesse, sous l'influence des causes les plus insignifiantes. Or, dans un cas, comme dans l'autre, si l'infection n'est pas douteuse, rien n'est plus difficile que d'en déterminer bactériologiquement la nature et l'origine, en raison de la multiplicité des germes qui peuvent entrer en ligne de compte.

Forme et marche. — Ainsi envisagée, la métrite parenchymateuse chronique représente une véritable entité morbide basée à la fois sur l'anatomie pathologique et sur la clinique. Mais, si ces gros utérus présentent des lésions à peu près analogues, et s'ils donnent lieu à un ensemble symptomatique assez constant, ils sont loin de reconnaître tous la même origine.

Tantôt, la maladie est *primitive, chronique d'emblée;* tantôt elle est secondaire et elle succède à *une métrite parenchymateuse aiguë;* dans d'autres cas enfin, elle a été l'aboutissant d'une *vieille endométrite.*

Son évolution est assez différente dans chacune de ces trois variétés.

Métrite parenchymateuse chronique d'emblée. — La première forme correspond au type le plus complet et le plus pur de la maladie, c'est celle qui a été jusqu'ici à peu près omise par la plupart des auteurs classiques.

Elle succède à la congestion utérine des neuro-arthritiques. On peut l'observer exceptionnellement chez des vierges, moins rarement chez des nullipares ; mais elle a son maximum de fréquence chez des femmes qui ont eu plusieurs enfants.

Après chaque accouchement, l'utérus demeure un peu plus gros qu'il ne l'était auparavant, bien qu'il ne soit survenu aucune infection appréciable. Pendant de longues années, les femmes n'éprouvent aucun symptôme qui attire leur attention sur l'appareil génital, puis, peu à peu, elles ressentent une certaine gêne à l'hypogastre, des tiraillements et même des douleurs dans les régions lombo-abdominales.

Les règles deviennent plus douloureuses, en même temps que leur abondance varie beaucoup d'une époque à l'autre. Des mucosités filantes apparaissent à la vulve surtout le matin, au lever, ou le soir, à la suite de longues courses et de fatigues. Puis, progressivement, sans aucun incident aigu, tapageur, les sensations de gêne, de pesanteur, deviennent assez pénibles pour qu'elles soient signalées au médecin.

Dès ce moment, on constate déjà une certaine augmentation du volume de l'utérus, et le col tuméfié renferme une grosse goutte de mucus transparent ou légèrement opalin.

Dans l'intervalle des règles, les symptômes objectifs se réduisent à fort peu de chose; mais, si on les examine deux ou trois jours avant l'époque menstruelle, il est facile de constater que la congestion physiologique prend, chez elles, des proportions excessives. L'époque passée, l'utérus diminue de volume, sans revenir tout à fait à l'état normal.

Bientôt les accidents s'accentuent, et, en dehors des règles, les causes d'excitation les plus communes suffisent pour les entretenir ou les exagérer : la marche prolongée, les longues stations debout, les longues courses en voiture, les voyages en chemin de fer, la bicyclette, etc., réveillent de nouvelles poussées congestives.

Or quelques-unes de ces fluxions dépassent les limites de la congestion simple et obligent les malades à garder le lit pendant plusieurs jours.

On observe alors, non seulement l'accroissement du volume de l'utérus, mais sa sensibilité excessive, en même temps qu'une

hypersécrétion de ses glandes. Le toucher permet de constater fréquemment un empâtement œdémateux en arrière et sur les côtés de l'utérus.

Le repos et un traitement approprié peuvent atténuer ces accidents, les faire même disparaître pendant quelque temps; mais il suffit des causes les plus minimes pour en provoquer le retour.

Ces gros utérus sont, en effet, extrêmement irritables, et ils réagissent sous l'influence des causes les plus banales : la fatigue, les excitations de tout genre, la constipation ; les plus légers troubles de la santé générale retentissent immédiatement sur ces organes dont la résistance est amoindrie. Et, à mesure que les années passent, les phénomènes inflammatoires s'accusent plus franchement, sans qu'il soit survenu d'incident important. Peu à peu l'écoulement leucorrhéique devient plus abondant, plus louche; la muqueuse cervicale bourgeonne et fait saillie à l'entrée du col sous la forme d'un anneau étroit ou de vastes croissants, selon que l'orifice est presque fermé ou largement ouvert par des déchirures latérales.

Malgré la fréquence des rechutes, il est rare que l'on observe de graves complications du côté des annexes, à moins d'infection gonococcique ou streptococcique nouvelle.

Les choses peuvent rester longtemps stationnaires ou s'améliorer pendant un temps plus ou moins long; mais souvent la métrite parenchymateuse chronique persiste jusqu'à l'époque de la ménopause. Plus tard, les poussées congestives dues à la fluxion cataméniale faisant défaut, les troubles fonctionnels s'atténuent, le parenchyme utérin tend à se scléroser de plus en plus, tout en diminuant de volume; et le calme se rétablit.

Métrite parenchymateuse chronique secondaire. — Bien différente est la marche de la maladie quand elle succède à la métrite parenchymateuse aiguë. Celle-ci éclate le plus souvent à l'occasion d'un accouchement ou d'une fausse couche, avant que l'involution soit complète. Elle est due le plus souvent à une infection streptococcique, quelquefois à l'invasion de la cavité du corps utérin par des gonocoques, jusque-là localisés à la région cervicale.

L'infection traverse facilement la muqueuse en voie de reproduction pour gagner les vastes espaces lymphatiques de la couche musculeuse. L'involution n'en est que plus retardée, et l'utérus reste gros, au moment de la convalescence, quand la maladie passe à l'état chronique.

On n'observe donc pas cet accroissement progressif et lent de

la matrice qui caractérise la forme précédente. D'emblée, l'utérus présente un développement considérable et, s'il reste sujet aux poussées fluxionnaires, il ne s'accroît que très modérément dans la suite.

Les altérations se présentent d'ailleurs sous une forme plus diffuse : elles s'accompagnent souvent de lésions annexielles, récentes ou anciennes.

L'évolution, dans ce cas, est plus lente, et la maladie a une grande tendance à rester longtemps stationnaire ; mais elle peut s'améliorer suffisamment pour que l'on puisse croire à une guérison relative.

Il est beaucoup plus rare que la métrite parenchymateuse chronique soit due à l'extension progressive d'une *vieille endométrite*, favorisée par les tendances sclérogènes du neuro-arthritisme.

Si les altérations de la muqueuse provoquent de graves désordres du côté du col utérin, cela tient à la localisation fréquente et prolongée des lésions initiales au col de l'utérus, dont les glandes s'enfoncent profondément dans l'épaisseur de la tunique musculeuse, y portant avec elle l'infection, cause première du mal. Il en résulte une sclérose périglandulaire qui modifie profondément la forme et l'aspect du col utérin. On avait eu le tort de s'appuyer sur cet exemple pour montrer que les altérations diverses du parenchyme utérin résultaient de phénomènes analogues.

Il est possible que des lésions de la muqueuse retentissent sur le parenchyme par l'intermédiaire des glandes et des vaisseaux sanguins ou lymphatiques; mais le fait est relativement peu fréquent, et il est probable que ce sont plutôt des troubles d'origine diathésique qui agissent sur le parenchyme musculaire concurremment avec les altérations des glandes.

Quoi qu'il en soit, l'évolution de la maladie, dans ce dernier cas, ne présente rien de spécial : elle ressemble à la forme primitive par sa tendance à l'accroissement, et, plus tard, elle reste stationnaire, comme dans la variété précédente.

Pronostic. — La métrite parenchymateuse chronique ne menace pas directement l'existence des malades; elle provoque, moins que l'endométrite, des complications annexielles graves; mais elle n'en constitue pas moins une affection sérieuse, et dont le pronostic doit être réservé. Par sa chronicité, par sa tendance aux rechutes, elle expose les malades à des accidents fréquents et les oblige à un repos prolongé. Elle exige des ména-

gements et des soins qui sont parfois incompatibles avec la vie active d'une mère de famille, et dégénère souvent en une infirmité prolongée.

Cependant, surveillée dès le début, elle peut être considérablement améliorée et parfois enrayée dans son développement.

Traitement. — Les notions pathogéniques, développées à plusieurs reprises dans cette étude, montrent que, dans la métrite parenchymateuse chronique, le traitement doit s'adresser aussi bien à l'état général des malades qu'aux lésions locales.

On combattra les tendances congestives, dès qu'elles auront attiré l'attention, en imposant aux malades un régime alimentaire sévère, basé sur l'exclusion des mets épicés, des viandes faisandées, des poissons de mer, coquillages, du vin pur, des liqueurs, avec un usage très modéré du thé et du café. On surveillera la liberté du ventre et on l'entretiendra régulièrement à l'aide de lavements, de suppositoires ou de laxatifs variés.

Ces mesures hygiéniques peuvent paraître banales, mais elles ont une réelle importance et leur application rigoureuse diminue, souvent avec une étonnante rapidité, les fluxions génitales dont souffrent certaines femmes.

Il convient également de leur éviter la fatigue sous toutes les formes, et de les mettre en garde contre toutes les causes d'irritation qui retentissent si vivement sur l'utérus.

Les frictions cutanées, les bains alcalins, l'hydrothérapie, contribueront puissamment à enrayer les tendances congestives du neuro-arthritisme. On y joindra des saisons thermales appropriées à l'état général des malades, en évitant avec soin les stations excitantes. Ce sont surtout les eaux de Bagnoles-de-l'Orne, de Luxeuil, de Plombières, de Néris, de Saint-Gervais, de Royat, qui exercent une influence favorable sur ces états diathésiques. Les stations salines de Salies-de-Béarn, de Biarritz, de Lamothe, de Salins, etc., conviennent surtout aux formes secondaires consécutives à la métrite parenchymateuse ou à l'endométrite.

Au moment des accouchements ou fausses couches, ces malades seront l'objet d'une surveillance particulière. On ne les laissera lever que lorsque l'utérus sera complètement revenu à ses dimensions normales. Il vaut mieux leur imposer, s'il le faut, un mois ou six semaines de repos à cette occasion, que de les laisser reprendre momentanément une vie active avec un utérus incomplètement involué, qui exigera plus tard des soins beaucoup plus prolongés et trop souvent inefficaces.

Si l'involution est trop lente, le massage de l'utérus pourra être très favorable.

Pendant toute cette période et même dans les mois qui suivront, on assurera l'asepsie du vagin par de grandes injections d'eau bouillie, additionnée de liqueur de Labarraque, ou de permanganate de potasse à 1/3000 ou 1/4000.

En dehors de ces soins généraux et préventifs, les premières manifestations locales seront l'objet d'une surveillance très attentive : les poussées congestives seront traitées par le repos au lit et par des émissions sanguines (scarifications du col utérin).

Dès que l'on constatera des phénomènes inflammatoires, on aura recours à des pansements à l'aide de tampons imbibés de glycérine ichtyolée, etc.

Mais on sera très réservé dans l'emploi des pansements intra-utérins : ces gros utérus, éminemment irritables, supportent assez mal la dilatation, les injections intra-utérines. A moins d'infection accentuée de la muqueuse, il est préférable de recourir à des attouchements à l'eau oxygénée, à des applications de bleu de méthylène chimiquement pur, en poudre, etc.

Le curettage, comme l'a dit M. Richelot, est presque toujours inefficace, et il est quelquefois nuisible.

Dans les périodes aiguës, les malades ne supportent même pas souvent les injections vaginales très chaudes qu'on leur prescrit trop systématiquement.

Des irrigations prolongées de 4 à 5 litres d'eau, à 40°, faites entement, sous une pression de 0,50 à 0,60 centimètres, et que l'on renouvelle deux ou trois fois par jour, sont en général plus favorables.

Dans les formes douloureuses, il est bon de remplacer l'eau bouillie simple par une décoction de pavots et de racines de guimauve, à laquelle on ajoute un antiseptique non irritant, comme l'acide borique ou la boricine.

Lorsqu'il s'agit des formes secondaires, le traitement local peut avoir plus d'importance, mais on devra toujours éviter, autant que possible, les interventions violentes, qui réveillent parfois une infection incomplètement éteinte.

L'ÉLYTROCŒLIOTOMIE DIAGNOSTIQUE ET PROPHYLACTIQUE

DANS L'AVORTEMENT TUBAIRE

Par le Pr G. Spinelli (de Naples).

Si je m'en réfère à ma propre expérience, l'avortement tubaire est assez fréquent. Il passe inobservé dans la plupart des cas parce qu'il entre en scène dans les premiers jours de la gestation, avec phénomènes subjectifs et objectifs insignifiants ou peu marqués ; c'est seulement exceptionnellement qu'ils acquièrent, chez la malade, des particularités caractéristiques de nature à l'alarmer et à lui faire réclamer l'avis du médecin. La prophylaxie chirurgicale, par moi préconisée et aussi pratiquée dans divers cas, a trait, plus spécialement, aux avortements tubaires au bout d'au moins 15 jours de grossesse. C'est à dater de cette période que l'avortement commence à représenter un péril soit en vue de ruptures possibles de la trompe, soit quant aux conséquences de l'hémorragie unique (avortement complet) ou répété (avortement incomplet).

Le diagnostic de l'avortement tubaire n'est pas difficile à établir quand on a la notion de la grossesse extra-utérine préexistante. Je me rappelle un cas pour lequel, ayant moi-même établi la diagnose une quinzaine de jours avant l'avortement, la conduite thérapeutique apparut évidente au chirurgien, mandé d'urgence, au moment où se manifestaient les symptômes d'hémorragie interne.

Une dame Amélie de F..., de Naples, accoucheuse, mariée depuis environ une année, se présente à moi (juin 1901) pour être visitée, se plaignant de troubles étranges dans la région pelvienne. Cette femme, toujours parfaitement réglée jusqu'alors, souffrait d'aménorrhée depuis plus de deux mois : elle accusait des trou-

bles d'estomac et autres phénomènes qu'elle attribuait à sa grossesse. Elle avait, la veille au soir, après le coït, ressenti subitement une vive douleur à la fosse iliaque gauche, des contractions au vagin, au rectum et à la vessie, des crampes à la jambe gauche, et avait été prise, en outre, de nausées suivies de vomissements. Mon observation a relevé : utérus vide, en antéversion normale ; le col ramolli ; le cul-de-sac gauche est le siège d'une tumeur ronde, mollē, élastique, de la grosseur d'une petite mandarine ; entre l'utérus et la tumeur il y avait continuité au moyen d'un cordon ramolli ; une distance d'un peu plus de 3 centimètres existait entre elles. Au toucher on constatait le manque de sensibilité de la petite tumeur ; sa mollesse était si prononcée et la ténuité de ses parois si grande qu'elle paraissait prête à se rompre d'un moment à l'autre. Au speculum, le col se montrait de la couleur sombre, violacée, caractéristique de la grossesse. Je n'hésitai pas à diagnostiquer une grossesse tubaire ampullaire gauche et à conseiller l'opération à froid.

La femme quitta mon cabinet en pleurant, mais peut-être mal convaincue du péril qui la menaçait. De fait, elle alla consulter d'autres praticiens, lesquels, semble-t-il, ne reconnurent pas la grossesse tubaire ou se bornèrent à donner des conseils aléatoires. Une quinzaine de jours après, les symptômes d'hémorragie interne se manifestaient. Un chirurgien de l'hôpital des Incurables, réclamé d'urgence, après avoir pris connaissance de mon diagnostic et constaté l'hémorragie interne, procéda sur-le-champ à la laparotomie, laquelle fut couronnée de plein succès. La malade fut sauvée, et la biopsie constata la rupture de la trompe gauche due à une grossesse ectopique.

Maintenant ces cas, diagnostiqués à l'avance, sont très rares ; le plus souvent le médecin est appelé d'urgence, après une crise abdominale accompagnée de graves symptômes d'hémorragie interne.

On ne se trouve pas toujours cependant en face d'un avortement accompli ; l'observation peut avoir lieu quelque temps après une crise de douleurs expulsives, avec contractions au vagin, au rectum et à la vessie ; l'état de la femme, pendant ou peu après l'attaque, peut paraître grave ; on constate le vomissement et une propension à la syncope provoquée en partie par les coliques tubaires, mais peut-être davantage encore par l'épanchement dans le péritoine d'une certaine quantité de sang (avortement menaçant). En effet, la réaction péritonéale (péritonisme) est très

accentuée. En palpant, on constate une sensibilité extrême des parois; les muscles entrent en contraction au moindre contact, lorsqu'ils ne sont pas contractés en permanence, motif pour lequel l'abdomen est impossible à explorer. En l'absence du syndrome classique de l'hémorragie interne, on doit immédiatement y voir une menace d'avortement, et il faut s'efforcer de découvrir si les symptômes appartiennent ou non à une grossesse tubaire.

Dans un cas (mars 1901), une injection hypodermique d'un centigramme de morphine me mit à même d'exécuter un palper combiné vagino-abdominal soigné et prudent, à la suite duquel je pus diagnostiquer une grossesse tubaire d'environ un mois. Mon conseil de se soumettre à une opération immédiate fut repoussé. Quelques jours après les symptômes d'hémorragie interne s'avérèrent, et j'assistai, après l'élytrocœliotomie diagnostique, à l'enlèvement, *via abdominale*, de la trompe gauche, toute pleine d'un gros caillot. Le petit œuf intact fut retrouvé au milieu des grumeaux de sang qui remplissaient le bassin.

Dans un autre cas (juin 1901) je me suis servi de la chloroformisation. Il s'agissait d'une dame pluripare, stérile depuis plusieurs années, qui avait eu une suppression de menstrues avec symptômes réflexes de commencement de grossesse; deux jours avant que je sois appelé, elle avait été prise de douleurs au bas-ventre, localisées à la fosse iliaque droite, avec crampes à la jambe droite, perte sanguine par les parties génitales et rétention d'urine.

Les douleurs s'étaient renouvelées à longs intervalles pendant deux jours. Le palper n'aboutit à rien à cause de la contraction permanente des parois de l'abdomen ; le toucher vaginal fit constater un col légèrement ramolli, le cul-de-sac latéral droit douloureux. Au speculum on remarquait un museau de tanche de coloris violacé. Me doutant qu'il était question d'une grossesse tubaire, avec menace d'avortement, je conseillai la visite en employant le chloroforme : elle eut lieu peu après avec l'assistance du médecin traitant. L'utérus se présentait vide, en latéro-version droite ; la trompe de ce côté était aussi grosse qu'une noix ; on pouvait également bien palper l'ovaire, un peu grossi. La consistance de la petite tumeur tubaire était élastique. Je posai le diagnostic de grossesse tubaire probable avec menace d'avortement et je conseillai l'opération, laquelle ne fut pas acceptée. L'avortement tubaire ne tarda pas à se produire, et, sept jours après, visitant de

nouveau la malade, je rencontrai une grosse hématocèle, dont les traces existent encore actuellement, après quatre mois.

Il faut donc s'efforcer de reconnaître si l'on est en présence d'une menace d'avortement, ou si l'avortement est déjà survenu. Je ne nie pas que, même avec l'emploi de la morphine ou du chloroforme, cette recherche ne puisse être assez dangereuse; de toute manière, un examen bimanuel soigné et fait en de bonnes conditions (c'est-à-dire avec parois abdominales traitables) nous mettra à même de nous assurer : 1° que l'utérus est vide; 2° que l'une des annexes est le siège d'une tumeur, plus ou moins grosse, ramollie, élastique. Après cette constatation, l'intervention du chirurgien devrait être la règle; et il est prudent de faire précéder d'un diagnostic, l'élytrocœliotomie postérieure mieux documentée. Quand il y a réaction du péritoine, cela indique qu'il a été irrité d'une façon quelconque ; on pourra songer à une attaque de salpingite, ou à une menace d'avortement avec épanchement de sang dans le Douglas. Je crois qu'avec l'avortement menaçant cette effusion se produit toujours, et l'élytrocœliotomie postérieure nous met à même de confirmer le diagnostic.

Quand on ouvre le Douglas, en effet, il s'en échappe du sang liquide ou caillé. Il s'agit alors de définir l'état de la trompe, et si l'opération pourra être effectuée ou par le vagin ou par l'abdomen.

Il en est tout autrement lorsqu'on intervient d'urgence, après un syndrome abdominal, avec symptômes accentués d'hémorragie interne.

En principe général, chez toutes les femmes qui présentent ce grave état général, il faut rechercher systématiquement la grossesse ectopique. Malheureusement, toutefois, ni l'interrogatoire, ni l'examen des mamelles, ni l'examen vaginal, ne suffiront pour établir un diagnostic certain. D'ailleurs l'état de la malade est toujours alarmant, et l'esprit du médecin ne peut guère s'affranchir des préoccupations du moment.

Les erreurs sont moins fréquentes à présent, étant données les études approfondies que tout spécialiste possède sur la grossesse tubaire ; néanmoins la littérature en enregistre encore quelques-unes.

On connaît généralement les cas de Fornad et de Brouardel, qui furent invités à faire l'autopsie de femmes crues mortes par empoisonnement.

Berlin, Cubat, Worcester, Barkel, Engelmann, Cestan, ont posé

le diagnostic d'appendicite en cas d'hémorragie par rupture tubaire. Dans d'autres circonstances, on crut à des coliques néphrétiques ou hépatiques.

Michaux a rapporté un cas d'hémorragie par rupture de la trompe chez une femme enceinte ; l'irruption du sang dans un sac herniaire déshabité avait fait croire à l'étranglement d'une hernie ombilicale. Malherbe a publié un cas analogue, avec la seule différence que, cette fois, c'était un étranglement de hernie inguinale qui avait été diagnostiqué.

On est tombé dans des erreurs encore plus énormes. Currier a cité un cas où l'inondation péritonéale fut soignée comme un embarras gastrique. Ross parle d'une malade à qui l'on attribua une rupture de la vessie. Fauvel a publié le cas d'une femme, se mourant par suite d'une rupture de trompe, que trois médecins consultants diagnostiquèrent de trois façons différentes : choléra, empoisonnement, congestion cérébrale. Et récemment un de nos collègues de Naples, appelé au chevet d'une malade présentant de graves symptômes de collapsus, n'hésita pas à établir le diagnostic du choléra. L'autopsie, au lieu de cela, mit en lumière une inondation péritonéale par rupture de la trompe gravide.

Les erreurs sont fréquentes et ce sont des erreurs fatales. En effet, un diagnostic fait en temps opportun aurait sauvé la malade.

Mais les erreurs en sens inverse ne manquent pas non plus, et cela de la part de personnes très expertes en la matière. Par exemple Bland Sutton a publié un cas dans lequel on avait établi le diagnostic de rupture tubaire alors qu'il s'agissait d'un avortement chez une femme affectée de fibrome utérin ; Tilte cite le cas d'un anévrisme iliaque ; Worcester, celui d'un kyste avec pédicule tordu, etc.

Il faut donc reconnaître qu'au moment de l'accident de l'avortement, avec ou sans rupture de la trompe, soit à cause du grave état de la malade, soit à cause des préventions ou des préoccupations du médecin, le diagnostic est toujours environné d'incertitudes.

Convient-il d'attendre, comme d'aucuns le conseillent, pour pouvoir renforcer le diagnostic avec d'autres symptômes ? — Je ne crois pas que ce soit là une conduite acceptable.

Grâce à l'histoire clinique des hémorragies internes provoquées par une grossesse ectopique, on se rend compte que le pronostic est toujours grave. Fatal, dans la plupart des cas de rupture tubaire, il n'est pas tout à fait exempt de périls, dans les cas où l'hémorragie se transforme en hématocèle.

Sans vouloir suivre Lawson-Tait dans son pessimisme qui lui fait prétendre que toute hémorragie interne survenant pendant une grossesse tubaire est mortelle, ni même la sombre statistique de Martin, selon laquelle la mortalité serait de 83 %, ni celle de Cestan qui indique 85 %, nul ne peut mettre en doute que le pronostic d'une hémorragie interne soit toujours grave, et qu'en face de cet accident, personne n'est à même d'affirmer s'il s'agit d'un simple avortement complet, ou d'un avortement incomplet ou d'une rupture tubaire : la moindre hésitation entraîne une très grande responsabilité pour le médecin. La marche à suivre ne peut être tracée que par la notion d'un diagnostic précis. On ne doit pas non plus tirer parti de ce que les cas d'hématocèle sont assez fréquents, alors que les morts ne sont pas tant à l'ordre du jour qu'on pourrait le croire. Il n'est pas douteux qu'il y ait une grande différence entre le pronostic d'un avortement simple ou incomplet et celui de la rupture de la trompe ; mais possédons-nous actuellement une statistique du pourcentage des avortements qui se terminent par des hématocèles ? Ce que nous savons au juste c'est que, selon la statistique d'Orthman, sur 124 cas de grossesses tubaires interrompues avant le quatrième mois, on a observé 61 avortements simples et 61 compliqués de ruptures; dans deux cas, la rupture et l'avortement coexistaient.

Tout le monde est d'accord pour convenir que dans ces cas difficiles le chirurgien ne peut compter sur des règles précises. Ce n'est vraiment pas suffisant de se contenter de dire que la décision à prendre est une simple affaire de tact et d'intuition chirurgicale, en regard du péril que l'on fait courir à la patiente.

Doit-on alors intervenir dans tous les cas, lorsqu'on se trouve en présence d'une syndrome d'hémorragie interne? Il n'y a aucun doute : la question est importante et délicate au point de vue de l'indication opératoire.

Les résultats de l'intervention immédiate sont certainement très favorables. Sur 42 opérations de ce genre, Lawson-Tait n'a eu que deux décès, qui correspondent à 4,9 %.

La statistique recueillie par Cestan donne 84,7 % de guérisons, et celle plus récente de Choyan (1896) 84,4 %.

En opposition avec ces résultats indiscutables obtenus avec l'intervention, il y a lieu de considérer qu'un grand nombre d'hémorragies avec épanchement — intra-péritonéale — ne déterminèrent pas la mort, mais aboutirent à la formation de l'hématocèle. Je puis moi-même présenter un nombre respectable de constatations; ayant diagnostiqué l'avortement menaçant et conseillé en consé-

quence une intervention immédiate, je la vis repoussée; peu après l'avortement étant avéré, l'hématocèle en fut l'unique solution: cet hématocèle fut résorbé en l'espace de deux à quatre mois environ.

Graefe a cherché à résoudre le problème de l'expectative ou de l'intervention dans l'avortement tubaire, au moyen de chiffres statistiques. Toutefois il s'est servi des cas les plus disparates, dans lesquels les nombreuses complications et l'issue mortelle n'ont pas été toujours la conséquence directe et immédiate de l'hémorragie interne. Donc ses statistiques n'ont pas grande valeur. Quoi qu'il en soit, voici ce que nous disent ses chiffres : sur 261 cas traités par l'expectative, 36,9 % des malades guérirent; sur 515 qui furent opérées, il y eut 76,7 % de guérisons.

Au début des accidents cependant, nul n'osera en conscience établir un pronostic favorable, et tout le monde devrait être d'accord pour admettre que, dans le doute, l'intervention est à préférer même à l'expectative armée.

Je crois cependant que nous possédons un moyen terme. Il s'agit d'établir d'une manière sûre le diagnostic d'avortement tubaire. Maintenant l'élytrocœliotomie postérieure reste comme suprême ressource.

Voici ma manière d'agir depuis déjà quelque temps; elle m'a donné dans plusieurs cas les meilleurs résultats.

Après avoir tout préparé en vue d'une opération complète, je procède à l'élytrocœliotomie postérieure. Déjà à l'ouverture du Douglas, l'on voit couler du sang noir mélangé de grumeaux. Le diagnostic de l'avortement tubaire est ainsi confirmé. Il faut alors s'assurer si la trompe présente quelque déchirure. Les doigts introduits à travers la plaie vagino-péritonéale, explorent l'utérus et les trompes. Il est difficile qu'une déchirure de la portion interstitielle de la trompe ou d'une autre région puisse échapper à une recherche attentive. Dans quelques cas la trompe peut être attirée à l'extérieur, et l'observation peut être faite « de visu ». L'état de la trompe indiquera la conduite à tenir. Dans le cas d'avortement simple et complet, tout finira par un bon curage de la cavité de Douglas; il n'est pas superflu cependant de procéder au raclage de la trompe après l'avoir attirée dans le vagin.

Comme je compte le démontrer dans un autre travail, l'avortement incomplet est assez fréquent, et les hématocèles en général ne sont pas le résultat d'une seule hémorragie vérifiée au moment de l'expulsion de l'œuf dans la cavité abdominale; ce sont au

contraire les hémorragies, répétées dans les premiers jours après l'avortement, qui donnent lieu à la concentration du sang qui plus tard s'enkyste. Maintenant,pour faire une prophylaxie rationnelle, il serait utile de faire suivre l'élytrocœliotomie diagnostique et évacuatrice, d'un raclage complémentaire de la trompe.

Dans l'avortement incomplet, l'ablation de la trompe pourrait être également tout indiquée.

La salpingotomie enfin devrait être de règle dans les ruptures tubaires. Mais il ne faut pas oublier que l'on peut recourir en cette occurrence à la chirurgie conservatrice. Le curage de la trompe, à l'aide d'une curette spéciale, la régularisation des contours de la blessure et la suture au catgut, représenteraient l'idéal du traitement.

Faut-il préférer la colpo-cœliotomie postérieure à l'antérieure? L'antérieure se prêterait également au diagnostic et à l'intervention immédiate, directe, sans recourir à la cœliotomie abdominale. Il est nécessaire cependant de considérer qu'en cas d'adhérences de la trompe, la manœuvre d'abaissement et d'extériorisation du corps de l'utérus, peut exposer à de très sérieux dangers. Dans ces conditions l'opération vaginale deviendrait périlleuse et difficile.

Dans un cas personnel de rupture de la trompe chez une femme enceinte de trois mois, accompagnée d'abondant épanchement « intra-abdominal », l'élytrocœliotomie antérieure ne me permit pas de pratiquer l'ablation de la trompe, à cause des multiples adhérences, et je fus obligé de procéder à l' « hystéro-annexiotomie » totale.

Pour établir le diagnostic, il n'y a pas de doute que la colpo-cœliotomie postérieure est à préférer. Et également pour l'achèvement de l'opération, la « via » postérieure devrait être plus opportune, puisque, en général, les annexes utérines qui *se gonflent* se détendent dans le Douglas.

Ce n'est pas ici le moment de discuter si les opérations définitives que peut réclamer une grossesse tubaire interrompue, doivent s'exécuter par cœliotomie abdominale ou vaginale. Le choix de la route est subordonné aux tendances et à la pratique de chaque chirurgien.

Pour mon compte, après avoir diagnostiqué l'avortement et les conditions de la trompe au moyen de la colpocœliotomie, j'ai préféré achever l'opération par l'abdomen.

Il est intéressant pour moi d'établir comme principe de maxime que, dans chaque cas de syndrome abdominal avec phénomènes

d'hémorragie interne (*matière* à inutiles discussions sur la nature de l'accident, qui font perdre du temps, au grand risque de la patiente), on doit recourir systématiquement à la colpo-cœliotomie afin de se rendre maître du diagnostic et pour obtenir, grâce à cette dernière, l'indication précise de la marche à suivre.

Dans bien des cas personnels, m'en tenant à cette ligne de conduite, j'ai obtenu des résultats satisfaisants.

Il est donc permis de conclure qu'à l'heure actuelle, l'élytrocœliotomie diagnostique dans l'avortement tubaire devrait être élevée au rang de méthode obligée. Par ce moyen l'on diagnostique de façon sûre l'avortement tubaire. Grâce à lui on fait dans tous les cas la prophylaxie de l'hématocèle, qui disparaîtrait peu à peu dans l'avenir. Comme moyen prophylactique des conséquences de l'avortement incomplet et davantage encore de celles de la rupture de la trompe, l'élytrocœliotomie acquiert une importance capitale, mettant le gynécologue à même de procéder à la seule cure chirurgicale rationnelle que réclament les redoutables variétés que revêtent les complications de l'avortement tubaire.

PROPHYLAXIE GYNÉCOLOGIQUE

Par L. M. Bossi,

Directeur de la Clinique d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Université de Gênes.

Il est utile, avant tout, de dire en quelques mots ce qu'il faut entendre par le terme : *Prophylaxie gynécologique*, auquel il convient de donner aujourd'hui une interprétation bien plus large et plus compréhensive qu'autrefois, alors que la gynécologie partait de principes erronés. En quelques années nous avons, en effet, assisté, à une évolution rapide des connaissances médicales relatives à l'appareil génital féminin, évolution si rapide et si profonde qu'elle constitue, à vrai dire, plutôt une révolution véritable dans les idées et les principes.

L'obstétrique, qui dominait la situation dans ce champ d'études, laissant la gynécologie au second plan, comme une de ses branches secondaires, est devenue, avec l'initiative d'abord de Gardien et de Moriceau, puis de Charles Braun, de Schauta et (chez nous) de Chiara, tout au contraire, un simple chapitre de la gynécologie. De cela nous devons nous réjouir comme d'un réel progrès scientifique, aux conséquences nombreuses et fécondes.

En réalité il n'y a, peut-être, aucun d'entre nous qui ne regrette le temps et l'effort perdus à rechercher les causes mécaniques des différents temps de l'accouchement, les nouvelles méthodes d'évaluation du diamètre conjugué vrai, méthodes complexes et ingénieuses mais toujours inférieures à l'ancienne, les diverses théories sur l'axe pelvien, les nombreuses variétés de craniotomes, de cranioclastes, de céphalotribes, d'embryotomes, de forceps, le problème du forceps à branches tirant selon l'axe, et les plus petites modifications auxquelles de nombreux auteurs ont donné leur nom, tandis que le moment approche où sera universelle la conviction qu'il suffit, pour tous les cas, d'un seul

forceps, tels par exemple que celui de Simpson, du traitement de Tarnier dans le cas d'étroitesse du bassin, etc.

Il n'y a peut-être personne, je le répète, qui ne regrette le temps et le travail intellectuel ainsi dépensés, lorsqu'on voit combien plus utilement il l'eût été à acquérir des notions claires et solides sur l'étiologie, sur la pathogénie et sur le traitement des multiples lésions utéro-ovariques, sur les causes des irrégularités de fonctionnement de l'appareil génital féminin, et sur les moyens d'en prévenir et d'en combattre les effets, enfin sur les méthodes à suivre pour établir un bon diagnostic.

Une fonction de l'appareil génital féminin (celle de la reproduction), quoique souveraine entre toutes les fonctions, avait fait oublier en grande partie la propédeutique, la pathologie et la thérapeutique du même appareil, empêchant de considérer que, de celles-ci, dépend en grande partie la possibilité et la régularité au moins, de cette fonction.

En conséquence, on se contentait d'une prophylaxie obstétricale limitée toute à l'hygiène de la grossesse et de l'accouchement, et on ne connaissait presque pas du tout, comme on ne connaît que très peu aussi maintenant, une prophylaxie générale des lésions anatomiques et fonctionnelles des organes génitaux féminins, en sorte que la première n'avait qu'un effet incomplet, privée, comme elle était, d'une base rationnelle et physiologique. Pourtant il n'y a personne qui ne comprenne, non seulement l'importance, mais la nécessité de fournir, aux médecins et aux profanes, les connaissances les plus étendues possibles sur les moyens d'éviter, dès la première enfance, les lésions destinées à compliquer plus tard le développement de la vie sexuelle active, — sur les précautions dont on doit entourer ces périodes de crise, par lesquelles doit passer l'organisme féminin, c'est-à-dire, la puberté, la menstruation, l'accouchement, les couches, l'âge critique.

On peut en dire autant des moyens destinés à empêcher l'apparition de lésions qui peuvent constituer plus tard des obstacles à la fécondation, ou amener des complications au moment de l'accouchement, et des moyens destinés à faire reconnaître ces lésions lorsqu'elles existent, en temps voulu, pour éviter leur dangereuses conséquences sur la gestation, sur l'accouchement et sur les suites de couches.

On évitera ainsi qu'elles survivent à la période d'involution normale de l'appareil génital féminin et créent plus tard des causes de stérilité relative, ou un état morbide dont les conséquences se révéleront aux approches de l'âge de retour.

L'étude et l'application de toutes ces connaissances constituent précisément ce que nous pouvons appeler aujourd'hui : la *Prophylaxie gynécologique* et qu'on devrait définir : *L'étude et l'application des règles hygiéniques et des moyens que les sciences biologiques et médicales offrent pour prémunir la femme contre toutes les lésions relatives à l'appareil génital, pour les diagnostiquer, en dépister l'existence et les arrêter à leur début.* C'est en somme l'hygiène spéciale de la femme, autrement dit l'hygiène de son appareil sexuel.

Pour exposer en détail ces moyens et la manière de les pratiquer, il me faudrait sortir des limites modestes que je me suis assignées, tout cela pouvant faire l'objet de plusieurs volumes ; tout au contraire, mon but principal est de prouver : « *La nécessité de vulgariser, parmi les médecins et même dans le public, les notions relatives à l'hygiène de la femme, qui constituent la véritable prophylaxie gynécologique* », conformément au titre de ma communication[1] présentée à la section d'hygiène du Congrès international de Moscou.

Les gouvernements, les conférences internationales, les congrès d'hygiène, s'occupent sans relâche de toutes les questions relatives aux maladies infectieuses et aux épidémies : des lois et des règlements spéciaux en sortent, destinés à les combattre et à en préserver les populations.

Les auteurs, de leur côté, consacrent à ce but une bonne partie de leurs traités, et, dans les écoles mêmes élémentaires, l'enseignement de l'hygiène se fait sa place au milieu des programmes. Mais, nulle part ou à peu près, on ne s'occupe de ce qui concerne la santé actuelle et future de la femme au point de vue de son appareil génital, soit par une sorte de misonéisme général et de peu d'empressement à faire profiter immédiatement le domaine de l'hygiène des derniers progrès scientifiques, en leur préférant un empirisme traditionnel, soit par préjugé ou par une fausse idée de la pudeur.

Il n'en serait pas ainsi si l'on tenait compte, outre les dangers physiques, des graves conséquences morales, sociales et même matérielles qui dérivent des troubles nerveux et psychiques dont s'accompagnent toujours les maladies utéro-ovariques. On ne devrait pas ignorer, ou, si on le sait, ne pas oublier, que la femme présentant des lésions de l'appareil génital, outre les troubles de son organisme qui la rendent souvent incapable de remplir ses

[1] Voir *Comptes rendus du XII[e] Congrès international de Médecine de Moscou*, 7 (19)-14 (26) août 1897, volume VII, p. 356.

devoirs de famille et son rôle social, est parfois victime de tels désordres moraux et psychiques qu'elle peut devenir matériellement dangereuse pour son entourage.

Je ne crois pas exagérer en disant qu'une femme atteinte d'une métropathie constitue un danger pour les siens, danger permanent, insidieusement progressif, à l'insu même du médecin de la famille. J'ai connu des malades dont la mauvaise santé génitale avait fait de mauvaises mères et de mauvaises épouses, incapables de diriger leur intérieur. Certaines, brisées par leur état continu de souffrance, ont vu l'énergie de leur système nerveux s'affaiblir par degrés, et, demandant toujours au ciel une délivrance qui ne venait pas, sont tombées dans une dévotion exagérée, allant jusqu'à la véritable folie religieuse, oubliant pour l'Église et le confessionnal leur mari, leurs enfants et toute la famille.

D'autres, pénétrées de l'idée que la vie conjugale était la cause de tous leurs malheurs, en sont arrivées par degrés, à la haine pour leur mari et à la désaffection de leurs enfants. Beaucoup de ces malheureuses que le monde considère comme bizarres et détraquées ne sont que des malades agissant sous l'empire de la préoccupation que leur cause leur état génital.

Ce n'est point là une opinion exagérée ni une interprétation abusive des faits. Je suis sûr qu'il n'existe guère de médecins, même non spécialistes dans la gynécologie, qui n'aient été à même d'en connaître des exemples.

Le public, d'ailleurs, n'est pas sans avoir observé les changements physiques et les modifications de caractère auxquels donne lieu, chez beaucoup de femmes, le retour des périodes menstruelles, non seulement lorsqu'elles sont anormales et pathologiques, mais même lorsqu'elles sont physiologiques. Que l'on s'imagine ces traits plus accentués encore et l'on aura le tableau physique et normal de la métropathie. Je vais plus loin, car il y a là, selon moi, un vaste champ d'études ouvert aux criminologistes de l'école de Lombroso, et je n'hésite pas à affirmer que beaucoup des malheureuses que l'on rencontre dans les prisons et les asiles d'aliénées auraient bien plus légitimement leur place dans un institut gynécologique.

Il me suffira de rappeler le cas récent jugé d'une jeune femme dysménorrhéique qui, devenant cleptomane au moment de chaque époque menstruelle, finit, après plusieurs aventures, par passer de la barre des accusées à la prison. Une autre, d'excellente famille, éprouvait, au moment de ses règles, un besoin impérieux

d'adresser à ses amies des lettres injurieuses anonymes qui obligèrent, elle aussi, à l'interner. En vertu de l'adage : « Post hoc propter hoc », le gynécologue qui soigne ces femmes et les guérit rend en réalité aux familles un grand nombre d'organismes épuisés qui, sans lui, seraient restés à l'état de non-valeur.

A tous ces déchets, il faudrait encore ajouter les conséquences éloignées des lésions gynécologiques négligées ou non diagnostiquées à temps.

Ne voyons-nous pas de simples troubles menstruels et des dysménorrhées négligées causer des troubles de circulation locale, de la rétention de sang dans la cavité utérine, aboutissant à une irritation permanente du muscle, et, par là à de véritables métrites hyperplasiques?

Des aménorrhées abandonnées à elles-mêmes et qu'un léger traitement eût pu guérir chez la jeune fille, aboutissent, plus tard, à l'heure de la vie sexuelle, à de véritables atrophies utérines, souvent incurables.

Des vulvites et des vaginites négligées, aussi bien chez le nouveau-né que chez les petites filles ou chez de jeunes femmes, affections nées simplement d'un défaut de propreté ou d'infections locales accidentelles, faciles à soignèr à leur début, peuvent conduire à des conséquences très graves; la leucorrhée des vierges et des femmes enceintes, considérée communément comme sans importance, est très souvent le point de départ de cervicites et d'endométrites sur lesquelles il ne reste plus qu'à intervenir chirurgicalement, — ou, chez les femmes enceintes, la cause d'avortements, d'accouchements compliqués, et de suites de couches difficiles.

Des déplacements utérins d'abord légers, provoqués par une insuffisante fréquence de la miction, la compression du ventre par le corset ou une ceinture mal placée, seraient faciles à soigner, si, par exemple, dans l'état puerpéral, on indiquait aux malades une position convenable pour se coucher pendant la nuit : négligés, ils peuvent être la source de complications telles que les moyens orthopédiques, pessaires ou autres, deviennent inefficaces, et que, au cours de la grossesse, ils peuvent produire soit l'avortement, soit l'incarcération de l'utérus gravide.

Une inflammation légère du col, une endométrite banale dues à des saprophytes ou aux colibacilles, qu'un traitement convenable, exécuté en temps, curage ou irrigations antiseptiques, eût amené rapidement à la guérison, — abandonnées à elles-mêmes faute d'un diagnostic en temps utile, ou soignées avec une excessive lon-

ganimité, aboutissent à des salpingites, à des ovarites, dont les conséquences sont la stérilité, si même elles n'aboutissent pas à de graves interventions chirurgicales telles que la salpingectomie et l'hystérectomie.

Des érosions permanentes du col, dues au manque de propreté locale ou à des causes accidentelles, qui guériraient promptement et aisément, diagnostiquées à temps, peuvent dégénérer chez des femmes de 40 à 60 ans, en fongosités d'abord, en épithélioma ensuite, nécessitant finalement des hystérectomies, le plus souvent, d'ailleurs inutiles.

Il en est de même des petits fibromes de l'utérus. Lorsqu'ils sont d'un faible volume, la grossesse, avec l'involution qui la suit, peut suffire à les faire résorber; enlevés à temps par le chirurgien, ils ne provoquent qu'un acte opératoire aujourd'hui insignifiant, facile à exécuter par la voie vaginale. Si l'on diffère cette intervention, par indifférence ou par fausses idées cliniques, ils peuvent atteindre de telles proportions que leur ablation devient impossible par la voie vaginale, périlleuse par la voie abdominale, parfois même tout à fait impossible en raison des lésions cardiaques acquises et qui contre-indiquent toute intervention chirurgicale.

J'arrête là cette énumération, car je m'aperçois que je décris, en ce moment, les effets avant d'avoir décrit les causes, autrement dit que j'ai placé la charrue devant les bœufs. Mais peu importe, d'ailleurs, car je n'en suis pas moins arrivé à ce résultat pratique, qui était mon objectif principal, de démontrer par des faits, l'utilité d'introduire, dans les études, la connaissance d'une prophylaxie gynécologique rationnelle, pour le public aussi bien que pour les médecins.

Cette prophylaxie gynécologique, nous l'avons définie : *l'étude et l'application des règles hygiéniques et des moyens que les sciences biologiques et médicales nous offrent pour prémunir la femme contre toutes les lésions qui se rapportent à son appareil génital, pour les diagnostiquer, pour en dépister de bonne heure l'existence et les enrayer dès leur première apparition.*

L'importance de ces études devient chaque jour plus grande, car chaque jour deviennent plus fréquentes les maladies utéroovariennes.

Une question même se pose à ce propos, c'est d'expliquer cette plus grande fréquence des affections gynécologiques dont toutes les femmes vont se plaignant de plus en plus, question dont la solution constitue une partie importante de la prophylaxie gyné-

cologique. Ces maladies sont elles réellement devenues plus fréquentes ou n'y a-t-il là qu'un accroissement apparent, résultat des incontestables progrès du diagnostic gynécologique, qui nous permettent de reconnaître aujourd'hui un grand nombre de ces lésions autrefois non soupçonnées des médecins et prises par eux pour des troubles intestinaux, cardiaques, dyscrasiques, ou le plus souvent, simplement pour des affections nerveuses?

La fréquence avec laquelle on diagnostique aujourd'hui des lésions gynécologiques est faite pour donner vraiment de l'inquiétude. Je ne crois pas qu'elle s'explique par les progrès du diagnostic gynécologique uniquement, car elle est véritablement trop considérable. Il faut donc aller à la recherche des causes réelles avec d'autant plus d'attention que l'application, à la pratique obstétricale, de l'asepsie et de l'antisepsie et que les perfectionnements de la technique dans l'assistance à l'accouchement devaient plutôt faire prévoir une diminution de la morbidité qu'une augmentation.

Je crois que nous pouvons ranger parmi ces causes : la plus grande facilité que donnent aujourd'hui précisément la pratique de l'asepsie et de l'antisepsie ainsi que les progrès de la technique obstétricale, pour sauver la mère et le produit de la conception, fait capital qui fait négliger davantage les suites lointaines de l'accouchement : cette constatation pourrait passer pour un paradoxe, si elle n'était démontrée tous les jours dans la pratique par les faits.

Mon expérience personnelle, depuis quinze ans de pratique obstétricale, m'a conduit au chiffre énorme de plus de 40 % comme proportion des maladies utéro-ovariennes, ayant une origine obstétricale, et je ne crois pas que cette proportion soit inférieure dans les statistiques de mes collègues au cours de ces vingt dernières années.

Ces résultats tendent à prouver que les accoucheurs, heureux d'avoir évité le danger le plus immédiat, c'est-à-dire l'infection puerpérale aiguë, s'occupent infiniment moins de l'avenir de l'appareil génital après l'accouchement. Combien y a-t-il de sages-femmes et de médecins, combien même d'accoucheurs, qui sachent ériger en règle de faire l'examen du vagin et de l'abdomen de leurs accouchées avant de prendre congé d'elles?

Dans combien de Maternités et dans combien de cliniques cela se fait-il ? Combien d'entre nous, avant de terminer leurs études, eurent-ils à faire, sous la direction d'un maître, l'examen vaginal d'une accouchée avant qu'elle ne sorte de la clinique ?

Il n'y a pas plus de quatre ans, au mois de décembre 1897, que le Dr Doléris, dans un intéressant article publié ici même, sous le titre d'*Examen gynécologique des accouchées*, réclamait l'attention, non seulement des médecins en général, mais des accoucheurs du monde entier, sur la nécessité et sur les avantages de l'examen gynécologique des accouchées, ajoutant que cette pratique et les études qui s'y rattachent étaient *négligées partout ou à peu près, à l'heure actuelle*, et oubliant sans doute, ce qu'il reconnut ensuite, que les mêmes plaintes étaient déjà formulées, dès 1887, dans la *Revue pratique d'Obstétrique et de gynécologie*, par moi-même dans ma thèse de doctorat, et successivement, mais en vain, dans d'autres mémoires publiés en Italie, où j'étais parvenu à forcer l'attention sur ce point.

C'est grâce à cette négligence que tels déplacements passent inaperçus, ainsi que les lésions du périnée, du vagin et du col de l'utérus, lésions qui, soignées de suite, lorsque l'appareil génital est encore dans la période d'involution, auraient pu être rapidement et presque sûrement guéries.

On me dira qu'un tel examen ne se faisait pas davantage autrefois, et que cette abstention, pour être une cause grave de troubles, n'est pas une cause nouvelle.

Je n'hésite pas à répondre, me basant sur mon expérience personnelle, que, comme je l'ai déjà dit, la facilité relative qu'il y a à éviter le plus gros écueil, a conduit à concentrer toutes les précautions, dans l'état puerpéral, presque uniquement sur l'asepsie et l'antisepsie et à négliger, aujourd'hui comme jadis, les autres préceptes hygiéniques. C'est pour la même raison que les succès faciles des interventions opératoires ont entraîné les chirurgiens à abuser de celles-ci et le public à mettre en elles une telle confiance, qu'il y recourt aujourd'hui sans émotion, sans se soucier de leurs conséquences lointaines possibles. Ajoutons que, comme il arrive souvent, la découverte de Lister (ou plutôt de Semelweis) a exagéré la crainte de l'infection et a indirectement conduit quelques auteurs, comme par exemple Léopold, à restreindre les examens vaginaux autant que possible, pensant ainsi appliquer étroitement les lois rationnelles de l'asepsie, sans considérer combien fréquemment et avec quel danger se dissimulent ainsi au diagnostic de petites lésions qui ne peuvent se reconnaître que par l'examen interne direct. Une seconde série de causes réside dans la *manie gynécologique* — que l'on me permette ce mot — qui s'est répandue parmi les médecins praticiens, et pousse beaucoup d'entre eux, en dépit d'une expérience spéciale insuffi-

sante, à examiner sans la technique et sans les précautions voulues les parties génitales féminines. C'est ainsi qu'on les voit chercher à tâtons le col de l'utérus à l'aide du speculum, introduire la sonde avec brusquerie, et pas toujours avec suffisamment de précautions aseptiques, fureter dans le vagin avec désinvolture, souvent sans une sévère désinfection préalable de la main exploratrice, et instituer des médications locales maladroites, sans posséder de diagnostic sérieux.

S'il me fallait faire l'énumération de tous les cas de salpingites, de paramétrites, de pelvicellulites, provoqués par des manœuvres de ce genre et particulièrement par des sondages maladroits et des médications internes intempestives, la série, je l'avoue, en serait longue et douloureuse. Pour ne citer qu'un exemple démonstratif, qui, de prime abord, pourrait même sembler banal, je pense qu'une des manœuvres les plus capables de provoquer ces lésions du col, c'est l'application du speculum de Cusco, dont la branche antérieure, d'une longueur égale à celle de la branche postérieure, peut souvent, en s'ouvrant avec brusquerie sur le col, provoquer des traumatismes de la muqueuse et y produire des érosions qui sont autant de portes ouvertes à l'infection. Depuis quinze ans nous sommes en possession d'un modèle de speculum bivalve modifié, et que personnellement j'ai modifié en quelques parties, dont la branche antérieure, plus courte de 2 centimètres que la postérieure, permet, lorsqu'on a poussé l'instrument comme la technique l'exige dans le cul-de-sac postérieur, d'écarter les deux valves de telle façon que l'antérieure passe devant le *museau de tanche* sans le toucher et sans produire aucun traumatisme.

Ajoutons que les deux valves s'allongent sur deux plans parallèles, de façon à présenter une ouverture plus ou moins large en avant ou en arrière selon que l'exigent le volume et la direction du col. On fait ainsi avec facilité l'inspection du col, le sondage de l'utérus et les traitements locaux, lorsqu'ils sont indiqués. Dans le Cusco, au contraire, les deux valves s'ouvrent à angle aigu et l'on n'obtient ainsi qu'une ouverture limitée ; il est difficile de s'en servir lorsque le col n'est pas exactement dans l'axe du vagin. Avec lui l'emploi de l'hystéromètre est douloureux et traumatisant ; les traitements locaux, si on veut les faire avec le speculum en place, sont incommodes et difficiles à appliquer. Et cependant nous voyons bien des médecins, même dans les hôpitaux et dans les cliniques, se servir encore uniquement du Cusco !

Cependant l'autre speculum présente une disposition bien plus en rapport avec la conformation anatomique du vagin, puisque la

paroi vaginale postérieure est plus longue que l'antérieure, et sa supériorité doit sauter aux yeux même des plus profanes. Or, le speculum est, en somme, la base de l'arsenal gynécologique du praticien, aussi bien pour les examens et le diagnostic, que pour les soins et les pansements. A un autre point de vue j'ai souvent constaté combien grand était l'abus de ces traitements locaux, que l'on pratique souvent tous les trois ou quatre jours régulièrement parfois même tous les jours. Ce luxe de médications gynécologiques est une cause grave d'irritation locale qui peut retarder la cicatrisation de plaies déjà en voie de guérison et qu'il suffirait depanser à des intervallesau moins d'unesemaine. Etpuisque nous sommes dans le domaine de la thérapeutique, le moment est venu de parler d'une cause, je veux dire l'abus des interventions opératoires. Le curettage, par exemple, qui fut l'origine de tant de mécomptes pour son inventeur Récamier pendant sa vie, alors qu'on ne parlait pas encore d'antisepsie, et qui le rendit célèbre après sa mort, est l'acte opératoire qui, d'après son apparente simplicité, devrait rendre les plus grands services à la gynécologie, soit comme moyen de diagnostic justement recommandé par Martin, soit dans la dysménorrhée membraneuse, soit dans la rétention des résidus ovulaires, soit enfin dans les différentes formes d'endométrites et dans quelques cas de salpingites.

Malheureusement, précisément à cause de son apparente facilité, il a fait l'objet d'un abus déplorable. On n'a pas compris qu'avant tout cet acte opératoire constitue une arme à deux tranchants, et que s'il n'est pas pratiqué pour une légitime indication, il peut produire des lésions qui n'existaient pas avant son emploi.

On n'a pas assez considéré que s'il n'est pas pratiqué par une main expérimentée, en s'entourant des précautions convenables, avec une technique irréprochable, il peut aboutir aux pires résultats.

Je ne parle pas seulement ici des perforations utérines, si faciles et relativement si fréquentes, et si je dis fréquentes, ce n'est pas particulièrement dans le cas où les parois sont amincies. Au cours de mes voyages à l'étranger, j'ai été témoin deux fois d'accidents de ce genre, et pourtant il s'agissait de chirurgiens célèbres et d'habiles opérateurs. Avec un parfait sang-froid tous deux reconnurent leur faute; l'un ouvrit sur-le-champ l'abdomen et par la suite la malade succomba; l'autre compta sur les ressources de la nature et sur la rétraction contractile du muscle utérin, mais n'en vit pas moins succomber sa victime. Un tel incident peut donc être fatal; d'autres fois il peut causer des pel-

vicellulites et parfois même il peut n'avoir pas de conséquences fâcheuses, en sorte que l'opérateur peut ne pas même s'en être aperçu : cette éventualité est toutefois assez rare et il n'y faudrait pas trop compter. Très fréquentes au contraire sont les endométrites infectieuses, les salpingites, et les paramétrites résultant directement de raclages intempestifs et mal pratiqués.

L'abus inconsidéré du raclage dans l'endométrite, nous l'eûmes dans l'abus chirurgical de l'hystérectomie vaginale; grâce à son exécution aisée et à ses faciles succès immédiats, elle en vint à menacer la repopulation et conduisit aux excès dont la *Fécondité* de Zola ne nous donne encore qu'une faible idée.

Je ne parlerai pas des excès d'une autre intervention, l'amputation du col, pratiquée bien souvent par le chirurgien avec une prodigalité inutile. La stérilité, la dysménorrhée, les névralgies ovariennes et crurales, causées par les cicatrices opératoires et par les tiraillements des annexites, les accouchements compliqués sont les conséquences habituelles de tous ces excès.

Il m'est impossible de ne pas insister également sur les tristes résultats de ces excisions du col, que l'on pratique pendant l'accouchement pour le dilater, et qui, très souvent, particulièrement dans la pratique privée, sont abandonnées ensuite à elles-mêmes, sans la moindre suture. Depuis que Dürrhsen, avec ses publications, les a vulgarisées en leur donnant, injustement d'ailleurs, son nom, elles sont devenues une sorte de mode, et la sécurité que leur garantit l'antisepsie en a grandement favorisé l'abus.

Le tupelo, la laminaire, l'éponge préparée, a-t-on dit, sont des moyens dangereux, qui rendent l'asepsie difficile ; les écarteurs ont presque toujours une action tardive; les sachets, les sacs de Barnes et les colpeurynters ne peuvent être introduits si l'on n'a pas encore un certain degré de dilatation. Lorsqu'il y a urgence de vider l'utérus, parce que la mère et le produit de la conception menacent de succomber, et si le col est peu ou presque pas dilaté, à peine effacé, il n'y a donc que les dilatateurs métalliques ou les excisions. Mais les dilatateurs métalliques, objecte-t-on encore, déchirent le col : il ne reste donc qu'à pratiquer des incisions profondes.

Ce n'est pas sans doute le lieu de démontrer que, si la dilatation mécanique immédiate est faite avec la technique appropriée, telle que je l'ai exposée dans différents mémoires, on a rarement des lacérations du col. De quelque façon que l'on s'y prenne, avec les incisions, le col s'endommage profondément, et c'est très

souvent en cet état qu'on le laisse. Sans parler du danger immédiat d'une rupture de l'utérus par la prolongation des incisions pendant l'extraction du fœtus, des métrorrhagies incoercibles ayant pour cause la rupture des gros vaisseaux, sans parler encore des infections possibles, qu'on croit si facilement éviter que là est la cause vraie de l'abus de cette intervention, les conséquences habituelles de ces incisions sont l'infiltration du paramétrium, les lésions cicatrielles des culs-de-sac du vagin, l'ectropion de la muqueuse du canal cervical, et très fréquemment la métrite.

Depuis quelques années, Emmet a attiré l'attention sur les conséquences sérieuses des déchirures du col, et il a proposé la trachélorraphie comme un moyen de prophylaxie gynécologique. Beaucoup de gynécologues partagent aujourd'hui les justes préoccupations d'Emmet et suivent ses préceptes; et, pourtant, dans la pratique, on continue avec une déplorable indifférence à pratiquer les incisions du col, incisions dont on laisse les bords déformés et béants.

Une quatrième série de causes qui expliquent la fréquence croissante des maladies gynécologiques, réside dans le genre de vie tout artificiel que mènent beaucoup de femmes aujourd'hui, et dans la diffusion des théories malthusiennes qu'un Zola italien pourrait encore décrire et stigmatiser dans son pays.

Il y a déjà quelques années que Tilt, étudiant les émigrantes des colonies anglaises, remarqua les perturbations menstruelles, les troubles circulatoires locaux et les lésions utéro-ovariques consécutives résultant des voyages trop fréquents et des changements de climat relativement rapides; sans exagérer ces causes, il est pourtant certain que les moyens de communication rendus plus faciles entre des régions de climats très différents, n'agissent pas toujours d'une façon très heureuse sur l'appareil génital, alors que très souvent on évite de voyager pendant la période des règles. Déjà les machines à coudre exercent une influence bien souvent désastreuse. La bicyclette, en tant qu'exercice de gymnastique en plein air libre, pourrait être, à certains points de vue, très utile et, dans quelques formes gynécologiques, telles que les atrophies utérines, les résidus d'anciens exsudats et les adhérences anciennes, on pourrait la conseiller comme un élément de cure rationnelle.

Mais, en considérant la position à califourchon que la femme occupe sur la bicyclette, on ne doit pas oublier les excitations possibles que cause le frottement des organes génitaux externes, les hyperémies de l'utérus et des annexes, suivies de troubles de cir-

culation plus graves encore si la vessie ou l'intestin ne sont pas libres.

Aussi la vie actuelle, trop sujette à des émotions continuelles (la poste, le télégraphe, le téléphone y ont bien leur part) n'est pas bonne pour la femme à notre point de vue. Comme les lésions et les fonctions utéro-ovariennes agissent sur le moral, de même en retour, les troubles psychiques exercent une non moindre influence sur l'appareil génital.

En ce qui concerne l'application des théories malthusiennes, rappelons que les moyens mis en usage sont : les moyens mécaniques, les agents chimiques, et le coït incomplet. Parmi ces moyens, le moins dangereux, bien que ce soit le moins sûr, est l'emploi d'agents chimiques. Mais, avec les moyens mécaniques, soit qu'on se serve d'éponges, soit qu'on emploie, comme d'habitude en Allemagne et parfois en France, des pessaires hémisphériques en gomme emboîtant le col de l'utérus et laissés en place d'une période menstruelle à l'autre, les ulcérations traumatiques facilement infectées du col et les endométrites qui en dérivent par rétention et décomposition des éléments organiques, en sont les conséquences presque fatales.

Le coït incomplet laisse chaque fois l'utérus dans un état relatif d'hyperémie, qui peu à peu amène un véritable affolement vasomoteur, précurseur des métrites parenchymateuses et des scléroses du muscle utérin, qu'on ne peut plus guérir que par une intervention mutilante.

Depuis quelques années, j'étudie cette question et je puis affirmer qu'un grand nombre de cas dans lesquels on trouve l'utérus dur, turgescent, deux ou trois fois plus volumineux qu'à l'état normal, ayant presque aspect d'utérus fibromateux, ont pour cause la pratique du coït incomplet. J'achève même, en ce moment, une étude clinique et histologique sur cette question. Ce qui caractérise ces états, ce sont les troubles remarquables de l'équilibre nerveux et psychique auxquels, plus qu'avec toute autre lésion gynécologique, sont sujettes les malades de cette catégorie.

Telles sont les causes de la fréquence de plus en plus grande et très réelle des maladies utéro-ovariennes à notre époque : la conséquence de cet exposé, c'est qu'en s'appliquant à y remédier, on réalisera la meilleure prophylaxie gynécologique.

Il serait puéril d'expliquer dogmatiquement comment l'on doit faire pour les éviter, car l'énumération et la description même de ces causes entraînent elles-mêmes l'indication de la marche à

suivre. Pour achever ce rapide exposé de la prophylaxie gynécologique et de ses applications, il ne me reste donc plus qu'à passer en revue les circonstances étiologiques les plus communes qui ont existé de tout temps, et que l'on peut prévenir par les simples moyens que l'hygiène met à notre disposition et par les ressources que la gynécologie moderne nous fournit.

On peut, selon nous, résumer ces causes de la façon suivante :

1° Insuffisance de l'instruction en ce qui concerne les organes génitaux, aussi bien dans l'enseignement scholastique que dans l'enseignement professionnel donné dans les cliniques.

A ce propos, j'ai déjà fait remarquer, au commencement de ce travail, combien l'on faisait perdre à l'élève un temps précieux, en s'arrêtant trop longtemps sur des questions qui ne le méritent guère et plus tard en le faisant assister à de grandes interventions opératoires dont l'étude n'a d'utilité que pour ceux qui seront appelés à les pratiquer.

2° Insuffisance de la préparation des sages-femmes en ce qui concerne la prophylaxie gynécologique.

Il ne faut pas oublier que, dans la pratique, c'est la sage-femme qui se trouve le plus souvent en rapport avec les malades, tant en raison de son sexe que de sa profession, et qui se voit consultée le plus souvent et avec le plus d'intimité par elles pour toutes les petites misères de la femme. Il lui est donc plus facile qu'à quiconque de faire connaître à celles-ci à quels dangers elles s'exposent par l'oubli de certaines règles indispensables de l'hygiène et de leur faire accepter ces règles comme des principes rationnels à l'aide desquels elle réalisera sur elle la véritable prophylaxie gynécologique.

Il n'y a pas à craindre que la sage-femme profite de ce qu'elle aborde ainsi des sujets gynécologiques pour conseiller ou appliquer elle-même des traitements inconsidérés.

Il s'agit, au contraire, de limiter son instruction à ce qui se rapporte exclusivement aux fonctions conjugales et maternelles, à lui en dire juste assez pour qu'elle apprenne aux femmes à reconnaître, d'après les symptômes subjectifs et faciles à constater par elles-mêmes, les perturbations légères, les symptômes bénins en apparence qui, s'ils ne sont enrayés dès le début, peuvent arriver à compromettre la fonction maternelle.

Il faut apprendre aux sages-femmes les états cliniques qui succèdent à des accouchements dirigés d'une façon irrationnelle et la manière d'éviter qu'ils ne se produisent.

Il s'agit surtout de leur inculquer cette notion fondamentale :

que tout n'est pas terminé lorsqu'elles sont parvenues à empêcher une catastrophe immédiate pour la mère et pour l'enfant, mais que leur devoir est de se préoccuper de l'avènir de l'appareil génital et de faire le nécessaire pour qu'à la fin du puerperium, celui-ci se retrouve entièrement à l'état physiologique. A cet effet, il faut qu'elles pratiquent l'examen fréquent et régulier des accouchées et leur montrer à le faire avant que les malades ne quittent la clinique. Dans combien de cliniques tient-on la main à ce que cet examen soit fait régulièrement ?

Lorsqu'on veut rechercher l'infection puerpérale, trop souvent on ne tient compte que de la température, oubliant que les formes les plus sérieuses peuvent évoluer avec des températures relativement basses et un pouls fréquent, en sorte que, si la sage-femme, se fiant à ce qu'on lui a appris à l'école, n'observe que la courbe thermométrique, elle n'appelle l'accoucheur que lorsque l'infection est trop avancée pour qu'une intervention quelconque puisse être utile.

Trop souvent encore les sages-femmes se contentent, pour la désinfection des mains et des organes génitaux, de l'acide borique alors que nous savons que le streptocoque, le staphylocoque et tous les microbes pathogènes vivent et se développent fort bien dans les solutions boriquées, même à saturation.

Dans ces conditions, la sage-femme s'expose à de lourdes erreurs, car, se croyant désinfectée suffisamment, elle ne se conforme même pas aux règles de la simple asepsie, et l'on peut deviner les conséquences qui en résultent.

Je n'insisterai pas davantage ; on comprendra aisément que le premier devoir du maître en pareil cas est de donner l'exemple et de bannir lui-même toute pratique qui soit de nature, si elle est imitée maladroitement, à réaliser une insuffisante prophylaxie gynécologique. C'est un desideratum que je renouvelle une fois de plus après l'avoir déjà vainement et maintes fois manifesté dans divers congrès, avec l'espoir que mon insistance finira par avoir raison de ce misonéisme d'un nouveau genre.

Bienheureux si l'on ne voit pas les règlements modernes repoussés par les autorités, comme je l'ai vu, pour des raisons purement *politiques*.

3° Ignorance dans laquelle on laisse grandir la jeune fille pour tout ce qui concerne les organes génitaux, soit par négligence des mères, qui n'en sentent pas les inconvénients, soit par pudeur mal comprise. On a multiplié les conférences sur l'hygiène, où l'on enseigne avec détails tout ce qui concerne l'hygiène domes-

tique, tout ce qui a rapport aux vêtements, aux soins à donner à la peau, etc. Jamais ou presque jamais, on ne voit enseigner, même dans les entretiens réservés aux jeunes filles, les soins à prendre pour conserver en état de santé physiologique les organes de la fonction la plus importante au point de vue social, la reproduction.

Principiis obsta : sero medicinâ paratur.

Tout ce qui précède démontre surabondamment, je l'espère, combien ce vieux précepte est rationnel et scientifique si on le rapporte à la santé de la femme et combien on le néglige trop souvent lorsqu'il s'agit de la physiologie génitale.

Voici les conclusions auxquelles je m'arrête et les mesures que je propose :

1° S'appliquer à répandre parmi les sages-femmes, les médecins et même le public le sentiment de l'importance considérable de la prophylaxie gynécologique dans la pratique obstétricale : rappeler qu'il ne suffit pas de sauver la mère et l'enfant, mais qu'il est nécessaire de songer à l'avenir de la femme et de faire en sorte que l'appareil qui vient de remplir sa fonction soit remis dans des conditions où il puisse de nouveau y pourvoir.

2° Faire comprendre la nécessité qu'il y a pour les médecins à se spécialiser d'une façon complète dans la science gynécologique et obstétricale, s'ils veulent s'occuper des femmes, tant sont faciles et tant sont graves les conséquences d'examens et de traitements pratiqués sans une instruction technique suffisante.

3° Créer, — comme il a été fait à Milan, — des sociétés qu'on pourrait appeler *pro muliere*, lesquelles, par la distribution de livres ou de brochures appropriés, par des conférences périodiques ou même par de vrais cours d'enseignement, aient pour but de répandre des notions saines et rationnelles en ce qui concerne l'hygiène féminine, en vue de la prophylaxie gynécologique.

Il faut que toutes les femmes et surtout toutes les mères connaissent les dangers très graves qui résultent des infractions aux règles hygiéniques soit pendant la période de puberté, soit pendant les fonctions conjugales (notamment en ce qui concerne les fraudes devenues si fréquentes de nos jours, en raison du développement des exigences sociales), soit dans la période puerpérale, soit pendant les périodes menstruelles, soit à l'âge critique.

C'est de cette façon seulement qu'on pourra espérer voir diminuer la foule des malades qui remplissent les cliniques gynécolo-

giques, voir diminuer également dans la société le nombre de ces malheureuses détraquées plus ou moins névropathes, en marge des règles sociales, pauvres êtres incompris et qu'on ne plaint pas assez. Bien peu de gens, en dehors des gynécologues, peuvent soupçonner les drames intimes, souvent si cruels, qui se cachen sous l'étiquette de psychopathie, de névropathie, d'hystérie, dont on stigmatise de pauvres malades qui, sans leur tare gynécologique, feraient probablement d'excellentes mères de famille.

Peu de gens peuvent comprendre qu'en veillant à l'hygiène de la femme pour tout ce qui concerne la fonction qui la caractérise et qui domine toute son existence, il y a plus qu'une question de régénération physique, mais que la question de la régénération de la famille et de la société est en jeu.

ANALYSES

VULVE ET VAGIN

A. TCHERVINSKY. — **Cancer du clitoris.** — (*Kronika lekarska*, 15 *octobre* 1901.)

Il s'agissait d'une femme de 58 ans, grande multipare, à la ménopause depuis 5 ans. Il y a deux ans, elle s'est aperçue d'une petite tumeur au niveau des organes génitaux; cette tumeur avait rapidement augmenté de volume et laissait écouler un liquide fétide. A l'examen, on trouvait au niveau du clitoris une tumeur dure, du volume d'une mandarine, à surface inégale et ulcérée, s'étendant presque jusqu'au méat, mobile à sa base. Les ganglions inguinaux n'étaient pas augmentés de volume; l'état général était très satisfaisant. La petite tumeur a été enlevée.

Mme EL.

NICOLAUS OSTERMAYER (Budapest). — **Un cas de rupture étendue du cul-de-sac vaginal gauche par le coït.** — (*Centralb. fur Gynäk.*, 16 *novembre* 1901, *n°* 46.)

L'auteur publie l'observation d'une jeune fille de 24 ans fortement constituée, chez laquelle il fut appelé pour une hémorragie abondante. Il s'agissait d'une déchirure étendue du cul-de-sac vaginal gauche, produite durant la nuit, dans un rapprochement sexuel que cette jeune fille eut avec son fiancé. Elle affirme que ce coït était le premier, ce dont l'auteur n'est pas convaincu. L'existence d'un anneau hyménéal assez bas, mais entier, indique que le pénis du fiancé n'était pas de grosseur exagérée. Le vagin d'autre part était très long, au point que l'auteur eut de très grandes difficultés pour atteindre l'extrémité supérieure de la déchirure. Le coït a été pratiqué dans le lit. Le seul facteur pathogénique à relever est l'excitation génésique chez les deux jeunes gens (le fiancé avait 24 ans), accrue par l'opposition de la mère de la jeune fille à leur mariage.

M. B.

UTÉRUS

CHRISTOPHE MARTIN. — **Rétention des règles.** — (*The British Gynæcological Journal*, *janvier* 1902.)

La rétention des règles est constituée par une accumulation de sang, plus ou moins altéré, dans le canal vaginal. Ce phénomène est rare,

aussi rare que la suppression des règles est fréquente. Dans l'un des cas, il y a arrêt complet de la menstruation, cessation de la production de l'écoulement menstruel; dans l'autre, la production persiste encore, mais sous une forme dissimulée; le sang continue de sourdre à travers la muqueuse utérine, mais ne peut s'échapper en dehors, soit parce qu'il y a quelque atrésie de l'utérus, soit parce qu'il existe quelque obstruction dans l'étendue du canal vaginal.

Par analogie, de même qu'un calcul dans le rein peut arrêter le cours de l'urine, provoquer une hydronéphrose ou un pyonéphrose, de même, sous l'influence de certaines causes, une distension de l'utérus par le sang menstruel peut apparaître, constituant une hématomètre ou un pyomètre, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas suppuration.

Les atrésies du canal génital, acquises ou congénitales, sont les causes de rétention des règles, et peuvent siéger à l'hymen, dans le vagin ou dans le col utérin.

D'ordinaire, l'atrésie acquise est occasionnée par la cervicite, par les tumeurs du col le l'utérus, telles que le cancer, par l'application de caustiques sur le col, par la desquamatiou de la muqueuse cervicale après les couches, enfin par les différentes opérations faites sur ce même col.

Les causes de l'atrésie du vagin sont les suivantes : la desquamation de ce canal après l'accouchement, l'inflammation avec ulcération des parois vaginales, toutes les cicatrices variées de la muqueuse du vagin, etc.

Quant à l'atrésie congénitale, son existence est due à l'arrêt du développement des conduits de Müller, et à la persistance d'un cloisonnement, d'un dédoublement plus ou moins net de ces conduits.

De même qu'il y a hématomètre ou pyomètre, de même il peut y avoir hématocolpos ou pyocolpos, hématosalpinx ou pyosalpinx, suivant que la rétention du sang menstruel s'effectue dans le vagin ou dans la trompe.

Cette rétention donne toujours lieu à une tumeur, plus ou moins douloureuse, élastique, fluctuante, d'accès quelquefois difficile et provoquant des phénomènes de compression, sur la vessie ou le rectum, par exemple.

Une haute température, un pouls rapide, une sensibilité très vive, localisée en un point de cette tumeur, éveillerait l'idée de quelque suppuration.

Le liquide de la rétention des règles n'a pas tout à fait l'apparence du sang menstruel ordinaire. De coloration brun chocolat, ce liquide est musqueux, visqueux et révèle, à l'examen microscopique, au milieu de cellules épithéliales et de globules déformés, des pigments sanguins altérés, de l'hématurie tout spécialement.

Le traitement consiste dans l'évacuation, au dehors, du contenu de ces kystes sanguins, et cette évacuation peut se faire, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale.

Toutes les fois que l'un de ces kystes ne pourra être atteint par le vagin, l'incision abdominale s'imposera avec extirpation de l'utérus et des trompes.

Toutes les fois qu'il y aùra existence d'un septum entre deux utérus, entre deux vagins, l'enlèvement de la cloison sera de règle.

Il va sans dire que toutes ces opérations devront être faites avec les plus grands soins d'antisepsie, et il sera bon, dans certains cas où l'on aura dû pratiquer une ouverture artificielle, dans le col de l'utérus par exemple, de songer à l'emploi des bougies, dont le passage régulier ou l'existence à demeure pendant plusieurs mois éviteront la fermeture de cet orifice.

Au point de vue du pronostic, qui dépend de la situation de l'atrésie et de son étendue à travers l'utérus et les trompes, en même temps que de la présence ou de l'absence de septicémie, on peut dire, en règle générale, qu'un hématosalpinx est plus grave qu'un hématomètre, et qu'un pyosalpinx ou qu'un pyomètre est beaucoup plus dangereux qu'un hématosalpinx ou qu'un hématomètre.

A l'appui de cette étude sur la rétention des règles, M. Martin rapporte 42 cas de gynatrésie. Dans 2 cas, il y avait atrésie de l'hymen; dans 4 cas, atrésie du vagin, et, dans 6 cas, atrésie du col. L'auteur, de plus, a noté, que l'utérus était bicorne dans un cas, que l'utérus était double et le vagin unique dans 2 cas, et qu'il y avait dédoublement de l'utérus et du vagin, dans deux autres cas. Enfin, dans 3 cas, il y avait distension de l'utérus, par rétention; dans 6 cas, distension de l'utérus et des trompes, et distension du vagin, dans 3 cas. M. Martin signale du sang dans 7 cas, du pus dans 3 cas, et enfin du sang dans l'utérus et du pus dans les trompes dans 2 autres cas.

S. Nikonov. — **Plaies tranchantes multiples de l'utérus gravide, opération césarienne, guérison.** — (*Wratch*, 1901, *n°* 51, *p.* 1584.)

Une jeune femme de 16 ans a été apportée dans le service de l'auteur, baignée de sang, dans un état comateux, avec un pouls à 120.

A l'examen, on trouva sur elle 14 plaies, dont deux pénétraient dans les poumons et 3 dans la cavité abdominale. Une de ces dernières, de 12 centimètres de longueur, se trouvait sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, obliquement dirigée de haut en bas et de droite à gauche : par cette plaie faisait hernie l'utérus incisé et, par la plaie de ce dernier, s'échappait une épaule du fœtus. A droite, au-dessus de l'épine iliaque, au détroit supérieur, une autre plaie, transversale celle-ci, de 7 à 8 centimètres d'étendue, laissait échapper un paquet d'anses intestinales parmi lesquelles se trouvait une petite main du fœtus; la chemise, très sale de la malade, couvrait directement les anses intestinales. (La malheureuse, fille mère, a été chassée par ses parents et couverte ainsi de coups de couteau par son frère pour « sauver l'honneur de la famille » !)

Opération : par crainte que l'eau du lavage ne passe dans la cavité abdominale, et pour aller vite, la paroi abdominale, très sale, fut simplement couverte de compresses stérilisées. On procéda à l'extraction du fœtus (de 7 mois) par la plaie médiane agrandie; la plaie utérine également agrandie, donna peu de sang. Le fœtus enlevé, on pratiqua la délivrance artificielle, après laquelle l'utérus revint sur lui-même. On sutura alors cette plaie, ainsi que les deux autres plaies pénétrantes de la matrice, et l'on fit la toilette du péritoine. Les anses intestinales, le cæcum et une partie du côlon ascendant qui faisaient hernie, n'avaient

pas reçu de blessures; elles furent lavées avec une solution de sel marin qui en détachait du sable et d'autres souillures.

Après réduction de l'intestin, les plaies abdominales furent suturées ainsi que celles des autres parties du corps. Injection de 1000 grammes de sérum; le lendemain, nouvelle injection hypodermique de 750 grammes de sérum.

La température était les jours suivants de 38, 8; seule une plaie de la région sus-claviculaire suppura; aucune des autres ne donna du pus; les sécrétions utérines étaient normales. — En outre, une des plaies pulmonaires eut pour résultat de la pleurésie.

La malade fut complètement rétablie au bout de 2 mois.

M[me] El.

Capdepon et Duvergey. — **Productions fibromateuses multiples de l'utérus.** — (*Soc. d'Anat. et de phys. de Bordeaux*, 18 *nov.* 1901.)

Présentation de l'utérus d'une malade à laquelle M. le P[r] Lannelongue fit une hystérectomie abdominale.

Cette femme, âgée de 47 ans, était entrée pour des métrorragies extrêmement abondantes survenues depuis deux ans; en septembre 1899, ses règles étaient devenues beaucoup plus abondantes, et dans leur intervalle apparaissaient quelques métrorragies. Depuis le mois de mai 1901, elle perdait continuellement du sang, ce qui amena chez elle une anémie profonde et une perte de forces à peu près totale. Elle n'a eu que quelques leucorrhées sans importance, jamais d'hydrorrhée.

La palpation ne révélait rien d'anormal; quant au toucher, il permettait de constater un col dont la lèvre antérieure était amincie et dont la lèvre postérieure paraissait grosse et contenir une tumeur fibreuse, se continuant en haut avec la paroi postérieure du corps utérin remplissant le cul-de-sac postérieur et l'excavation pelvienne. L'utérus mesurait 8 centimètres de cavité. Le spéculum confirmait le toucher, et on portait le diagnostic de fibrome de l'utérus inclus dans le ligament large ou dans l'excavation. Ajouter aux signes précédents une immobilité à peu près absolue de la tumeur et de l'utérus. Après injection de plusieurs litres de sérum de Hayem, l'hystérectomie abdominale fut pratiquée, extrêmement pénible, l'utérus étant peu mobile et un obstacle important l'empêchant de s'élever ou de basculer.

Voici les pièces; leur étude montre que le doigt s'est singulièrement mépris sur la constitution anatomique de la tumeur que l'on présumait et sur les rapports qu'elle présentait en réalité avec les voies génitales.

L'utérus, un peu hypertrophié en antéflexion, donne une base d'implantation à plusieurs petits fibromes en train de se pédiculiser, à un fibrome interstitiel du volume d'une mandarine. Mais par l'ouverture du col se détache un pédicule aplati s'implantant sur la face interne de la lèvre postérieure du col et se terminant en bas par une tumeur du volume d'une très grosse orange, qui était venue se placer contre la lèvre postérieure et qui remplissait le cul-de-sac postérieur. On eût dit au toucher que cette tumeur faisait partie intégrale du col, alors qu'en réalité elle ne lui était qu'accolée.

Cette erreur de détail a son importance, car peut-être, par la simple section du pédicule et le morcellement du polype fibreux, on eût pu éviter l'intervention grave qui a été faite et obvier de suite aux pertes de sang considérables qui ont anémié la malade et imposent un pronostic sévère.

CHARLES J. CULLINGWORTH. — **Analyse de cent cas de fibro-myomes.** — (*Journal of Obstetrics and Gynœcological of the British Empire, Janvier* 1902.)

Plusieurs auteurs pensent que les fibro-myomes ne doivent être enlevés que dans les cas très rares où ils deviennent un danger pour la vie de la femme. M. Cullingworth affirme, au contraire, que l'opération est toujours nécessaire, doit être faite de bonne heure et ne croit nullement à l'innocuité ou à la guérison spontanée de ces tumeurs après la ménopause. Il rapporte à cet effet une statistique de 100 cas de fibromyomes qui se répartissent ainsi :

89 cas opérés par l'hystérectomie abdominale;
9 cas par la myomectomie abdominale ;
1 cas par l'opération césarienne;
Et 1 cas découvert à l'incision exploratrice.

Parmi ces cent fibromes, 46 étaient d'apparence normale, typiques dans leur structure, autant qu'il était permis de pouvoir l'affirmer après examen à l'œil nu. Dans deux cas, la tumeur se rattachait plutôt au type vasculaire, et, sans capsule bien nette, semblait se diffuser à travers la couche musculaire de l'utérus. Enfin, on notait différentes variétés de dégénérescence secondaire parmi les 52 autres fibro-myomes. Ces dégénérescences pouvaient ainsi être classées :

27 cas de variété œdémateuse et myxomateuse;
1 cas de variété myxo-sarcomateuse;
5 cas de variété kystique ou fibro-kystique;
1 cas de variété calcaire;
Enfin 18 cas de variété nécrotique (se subdivisant en 15 cas par nécrobiose et 3 cas par infection).

Sous la dénomination « d'œdémateuses et myxomateuses », l'auteur range toutes les tumeurs qui présentaient un ramollissement général myxomateux, avec exsudation, à la section, d'un liquide clair, de couleur jaunâtre.

En particulier, dans un cas appartenant à cette variété, M. Cullingworth rapporte que la degénérescence myxomateuse avait atteint un degré si avancé, qu'après l'évacuation d'un litre et demi de liquide, la substance solide restante pouvait être évaluée à une très petite quantité de tissu conjonctif membraniforme, excessivement friable.

Au sujet des transformations kystiques ou fibro-kystiques, l'auteur cite cinq observations dans lesquelles il eut deux décès et trois guérisons. Les poches kystiques étaient de dimensions variables : mais sans membrane limitante très nette.

M. Cullingworth, après avoir mentionné quelques observations de dégénérescences graisseuses et calcaires, avec inflammation ou nécrose, de forme aseptique, étudie plus spécialement trois cas de fibro-myomes ayant subi la nécrose par infection bactérienne.

Dans le premier de ces cas, l'auteur intervint par l'hystérectomie

abdominale et trouva un fibrome interstitiel dont l'examen microscopique faisait constater, enfouis dans une substance sans structure, de nombreux espaces lymphatiques, abondamment remplis de microcoques. A l'œil nu, la tumeur n'avait rien de spécial, mais cependant exhalait une odeur de poisson avarié. Guérison.

Le second cas se rapporte à un fibrome interstitiel qui, en se désagrégeant, amena une ulcération de la face postérieure de l'utérus, avec infection du côlon transverse auquel la tumeur était adhérente, et perforations intestinales multiples. Mort au bout de trente heures.

Enfin, dans le troisième cas, il est fait allusion à un fibro-myome, qui, dans son processus de désagrégation, pénétra, non plus dans la cavité péritonéale, mais dans la cavité de l'utérus. A travers l'orifice interne du canal cervical, un prolongement de la tumeur faisait saillie, simulant un polype en voie de décomposition. M. Collingworth tenta l'hystérectomie vaginale, mais deux jours après, il dut faire l'extirpation du fibrome par l'abdomen.

Après avoir examiné les différentes variétés de fibromes, l'auteur signale quelles furent les complications qu'il rencontra durant ses opérations pour fibro-myomes, et les expose dans la statistique suivante : 12 cas, avec adhérences de péritonite; 5 cas, avec hydrosalpinx; 1 cas, avec dilatation de l'uretère et hydronéphrose; 1 cas, avec dilatation de l'uretère, hydronéphrose, pyélite suppurée des deux reins, et existence de deux calculs phosphatiques dans le rein droit, rempli d'abcès; 1 cas, avec grossesse ectopique; 2 cas, avec torsion du pédicule.

Enfin, M. Cullingworth termine son étude, des tumeurs fibromateuses, en insistant sur deux points spéciaux :

1) L'importance de la douleur, comme signe indicateur d'une dégénérescence;

2) L'âge des malades.

De fait, la douleur a été constatée dans 38 cas, plus exactement dans les 2/3 des cas nécrotiques, dans les 3/5 des cas kystiques, et, à peu près, dans le 1/3 des cas œdémateux et myxomateux.

Quant à l'influence de l'âge, il est reconnu que c'est surtout entre 40 et 50 ans que le fibro-myome apparait chez la femme.

Il semblerait, d'après la moyenne des observations de M. Cullingworth, que, de 42 à 52 ans, la dégénérescence œdémateuse et myxomateuse serait la plus fréquente. De 36 à 46 ans, on noterait plus particulièrement la forme nécrotique. Enfin, à tout âge, depuis 20 ans jusqu'à 50 ans, peut apparaitre la transformation kystique.

FREDERICK BOWMAN JESSETT. — **De quelques complications qui surviennent durant l'évolution des fibro-myomes de l'utérus.** — (*The British gynæcological Journ.*, *novembre* 1901.)

Ces complications sont les suivantes :

1) Les *kystes de l'ovaire*, qui se rencontrent rarement dans les cas de gros fibromes, mais qui, par contre, sont très fréquents, toutes les fois que, dans une ovariotomie, on examine l'utérus; cet organe présente à sa surface un certain nombre de petits noyaux myomateux. M. Jessett intervint dans deux cas par l'hystérectomie abdominale et trouva, dans l'un, du liquide clair, couleur jaune paille, dans l'autre, de la matière colloïde. Tamponnement à la gaze.

Drainage. Guérison.

2) Le *pyosalpinx* et l'*hydrosalpinx*. — L'auteur cite un cas de guérison de pyosalpinx, nettement sensible dans le cul-de-sac de Douglas, et situé légèrement dans la partie latérale gauche du bassin. A l'exploration bimanuelle, il semblait que la tuméfaction siégeât dans le ligament large. M. Jessett songea à une rupture de grossesse tubaire. Il constata, par l'opération, un pyosalpinx de la trompe gauche et crut plus sage de laisser *in situ* l'utérus et sa masse fibromateuse, parce qu'une trop grande quantité de pus s'était répandue dans la cavité péritonéale. Drainage par le cul-de-sac de Douglas. Guérison.

3) L'*appendicite*. — L'auteur a rencontré cette complication une fois. L'appendice était englobé avec la trompe droite dans une même gangue qui fut totalement extirpée. Guérison.

4) Les *kystes ou fibromes du ligament large*. — Quand ces fibromes ou kystes se rencontrent avec de très grandes dimensions, et paraissent situés dans un côté seulement de l'abdomen, M. Jessett propose l'hystérectomie sous-péritonéale ou de préférence la panhystérectomie, suivi d'un drainage par le vagin.

5) Les *adhérences à l'épiploon et à l'intestin*. — Cette complication est très fréquente. Pour y obvier, l'auteur conseille, pendant le temps de l'opération qui consiste à détacher les adhérences, l'usage des éponges ou de la gaze autour des doigts : s'il y a déchirure de l'intestin, il est préférable, après complet nettoyage, de faire, à la soie, la suture continue de la muqueuse intestinale, et de terminer par une suture de revêtement qui rapprochera une portion du péritoine de l'intestin lésé.

M. Jessett, il y a quelques années, eut l'occasion d'agir ainsi dans un cas singulier où le côlon transverse, maintenu par de fortes adhérences, était comme couché entre deux gros fibromes. Mort au bout de cinq jours.

6) Les *adhérences à la vessie*. — Cet accident n'est pas rare, et toutes les fois qu'il y a déchirure de la vessie, il faut, dit l'auteur, faire d'abord la suture continue de la muqueuse, en ayant soin que cette muqueuse regarde l'intérieur de la vessie, et continuer par une suture de revêtement, à points interrompus. M. Jessett cite un cas de guérison, après hystérectomie abdominale par la voie sous-péritonéale.

7) *Incarcération de l'uretère*. — Cette complication se présente, lorsqu'une tumeur, de dimensions considérables, se développe dans le ligament large, et s'élève, en tirant sur le péritoine, en haut et en avant.

L'uretère peut alors être enveloppé dans la masse et devra en être dégagé avec précaution. Au cas où il y aurait rupture de ce canal, il faudrait, suivant le conseil de M. Jessett, invaginer le bout qui est le plus proche dans le bout le plus éloigné, et terminer l'opération par une ou deux sutures à la soie.

8) La *grossesse*. — Au sujet de cette complication, existent deux interprétations différentes. Les uns prétendent que la grossesse, survenant très souvent dans des utérus fibromateux, peut évoluer normalement jusqu'à terme ; les autres affirment que les fibro-myomes augmentent de volume durant la période de gestation. M. Jessett, qui eut l'occasion de voir plusieurs de ces accidents, partage l'opinion des premiers, et pense qu'il n'y a lieu d'intervenir que dans les cas où le

fibrome siège dans le col de l'utérus, ainsi qu'il le fit avec succès. D'après l'observation qu'il rapporte, la méthode de choix est l'hystérectomie abdominale sous-péritonéale.

L'auteur recommande cette méthode, qui doit être la seule suivie, quelquefois même, après certaines fausses couches survenues dans des utérus fibromateux, car elle met à l'abri de la septicémie et des hémorragies consécutives au curettage.

9) La *grossesse tubaire*. — C'est un accident rare que M. Jessett n'a jamais rencontré. Mais cet auteur pense que l'opération, faite de bonne heure, constitue la meilleure chance de salut.

10) La *multiplicité des fibro-myomes*. — A cette complication appartiennent tous les phénomènes de compression sur les organes voisins et tous les accidents d'hémorragies que l'on note dans ces cas.

L'opération est nécessaire et doit être faite par l'hystérectomie abdominale. M. Jessett mentionne un cas de guérison, où, après avoir enlevé deux tumeurs fibreuses, il constata, dans la cavité utérine, un fibrome sous-muqueux, de la grosseur d'une noix.

11) Enfin, les *tumeurs malignes*. — Ces complications peuvent se présenter dans un utérus fibromateux ; mais l'auteur croit que le fibrome qui passe à l'état cancéreux, est chose rare. Si le col est envahi par le néoplasme, l'hystérectomie abdominale totale s'impose, bien que, dans certaines occasions, l'hystérectomie par la voie sous-péritonéale ait été conseillée.

W. TRAVERS. — **Un cas de fibro-myome simulant une appendicite et causant de l'occlusion intestinale.** — (*The British gynæcological Journal, novembre* 1901.)

Une femme, âgée de 40 ans, fut prise subitement de douleurs très vives dans le côté droit, et d'accidents d'occlusion intestinale si rebelles que les purgatifs furent sans effet. L'abdomen était légèrement tympanisé, très sensible à la palpation, et toute la région de la fosse iliaque droite paraissait contracturée. La respiration était courte et rapide, le pouls marquait 100 pulsations et la température 37°2. On notait, à la percussion, une sonorité générale, sauf dans la fosse iliaque droite, où de la matité et un léger empâtement pouvaient être perçus. M. Travers songea à une appendicite, survenant, pour la première fois, chez cette malade, et, remarquant, le lendemain, que les phénomènes généraux ne s'amendaient pas, décida l'intervention.

Une incision curviligne de 5 ou 6 centimètres de longueur fut faite, en dehors du muscle droit; cette incision se terminait au milieu du ligament de Poupart.

A l'ouverture de l'abdomen, le péritoine parut injecté et épaissi ; quelques adhérences fixaient le tissu sous-péritoneal à l'intestin. Mais sur le côté externe de cet organe, on sentait une grosse masse, ayant la dureté d'un squirrhe et s'étendant jusqu'à la paroi de la cavité pelvienne, où elle prenait intimement contact.

M. Travers, après avoir remarqué que le côlon ascendant et que le cæcum étaient sains, jugea que cette masse ne pouvait être qu'un fibrome et s'efforça de lier ce qui en représentait le pédicule. De fait, à l'examen de la tumeur, après extirpation, on ne voyait aucun pédicule;

celui-ci n'était constitué que par une petite bande de tissu cellulaire épaissie, contenant quelques vaisseaux.

La malade fit une convalescence longue, et cessa d'avoir une constipation aussi opiniâtre.

M. Travers répond à une observation faite par M. Heywood Smith en disant qu'il n'y avait aucun lien d'union entre l'utérus et la tumeur, et que celle-ci, aux dépens du tissu cellulaire très vascularisé, s'était fait un pédicule artificiel. Mais il n'y avait pas de pédicule à proprement parler. L'utérus ne contenait aucune tumeur fibreuse.

M. Ryall pense que le caractère et la fréquence du pouls (seulement 100 pulsations) sont les seules raisons qui puissent justifier l'intervention du Dr Travers et approuve cette manière de faire.

HERBERT SNOW. — **Le myome mou œdémateux de Lawson Tait.** — (*The British gynæcological Journ.*, *août* 1901.)

Il existe, suivant Lawson Tait, deux espèces de myome; le myome ordinaire et le myome œdémateux, qui est rare.

Le premier est généralement constitué par une tumeur multiple qui, si elle ne l'est pas tout d'abord, le devient rapidement; le second demeure toujours unique.

De plus, le myome ordinaire n'atteint jamais de grandes proportions; il survient à l'époque de la menstruation pour diminuer après la ménopause. Les ménorrhagies lui sont souvent intimement liées. Le myome mou œdémateux apparaît à l'âge avancé de la femme, bien que parfois, il puisse se manifester de meilleure heure, à l'âge de 47 ans, par exemple, d'après l'observation que rapporte M. Snow · rarement, il s'accompagne de pertes de sang per vaginam, et il n'a aucune influence sur les règles.

Dans le premier cas, la tumeur est bénigne, caractérisée dans sa structure par des fibres musculaires non striées. Dans le second cas, la tumeur est maligne, rappelant le myosarcome avec ses noyaux abondants et ses petites cellules fusiformes.

Lawson Tait ajoute que l'ablation des annexes agit efficacement et rapidement sur le myome ordinaire et sur ses ménorrhagies, tandis que sur le myome mou œdémateux, l'opération ne produit aucun effet.

L'auteur cite un cas de cette dernière variété qu'il traita par l'hystérectomie abdominale. La mort survint le lendemain de l'opération.

M. Snow, malgré cet échec, insiste sur les trois points suivants :

1) L'existence d'une tumeur progressive et maligne, pour laquelle il propose le nom de « *monomyome* ».

2) L'importance de la différenciation à faire avec les autres variétés des myomes, les myomes ordinaires, car le myome mou œdémateux est toujours malin et nécessite l'extirpation immédiate.

Enfin, la valeur précieuse du diagnostic, qui permet, toutes les fois que l'on constate une tumeur unique, ronde, sans consistance, vaguement fluctuante, et acquérant de très grandes dimensions, tandis que le corps perd de son poids, de songer à un kyste de l'ovaire ou à un myome mou œdémateux. Le « monomyome » se distinguera surtout par

des troubles de date beaucoup plus récente, avec un état général déprimé et inquiétant beaucoup la malade.

Le diagnostic sera confirmé par l'examen anatomique de la pièce. Le myome mou œdémateux présente, à la section, de petits lobules, réunis entre eux par des trabécules de tissu connectif, et la consistance de ces lobules, au lieu d'avoir la dureté de ceux des myomes ordinaires, se révèle par une mollesse toute particulière.

Enfin l'examen microscopique fera juger de l'état de dégénérescence cancéreuse de cette tumeur.

M. Le Fort. — **Fibromes de l'utérus.** — (*Soc. cent. de méd. du dép. du Nord, 24 janvier* 1902, *in Echo méd. du Nord,* 2 *fév.* 1902.)

L'auteur présente un fibrome utérin enlevé pour hémorragies intenses. Vu son petit volume, M. Folet commença à l'enlever par la voie vaginale; une syncope chloroformique grave se produisit. Alors, la laparotomie fut pratiquée. La voie ventrale est d'une extraordinaire simplicité, en regard de la voie vaginale; ce cas en a été la démonstration.

M. Oui montre une seconde pièce du même genre, où il existe une dizaine de tumeurs fibromateuses agglomérées, qu'il a enlevées il y a quelques semaines par hystérectomie abdominale subtotale.

M. Drucbert présente également un utérus à fibromes sous-muqueux multiples, enlevé par M. Dubar, par hystérectomie abdominale sus-vaginale. A noter l'oblitération d'une des trompes.

M. Faucon. — **Epithélioma de l'utérus.** — (*Soc. anat. clin. de Lille,* 27 *déc.* 1901, *in Nord méd.,* 15 *janv.* 1902.)

L'auteur rapporte l'observation d'une malade du service de M. le professeur Duret qui offrait à l'examen une tumeur végétante ulcéreuse au niveau du col, ayant envahi en partie les lèvres et la partie latérale droite du vagin.

M. Duret, après laparotomie abdominale, éprouva quelques difficultés à décoller la vessie; l'uretère droit fut accidentellement coupé et abouché à la vessie. Les suites furent bonnes. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un cancer.

M. Faucon insiste sur la section de l'uretère.

M. Duret. — C'est une contribution à l'extirpation du cancer utérin par la voie abdominale.

Edmund Waldstein. — **Nouvelle statistique du carcinome.**— *Centralb. für Gynäk.,* 14 *décembre* 1901, *n°* 50.)

L'auteur publie les résultats des opérations faites à la clinique de Schauta pour carcinome utérin. Comme à la clinique de Schauta on fait principalement l'opération vaginale, ce sont des cas opérés par le vagin que l'auteur compare.

Dans 112 cas, on a pu être renseigné sur les résultats éloignés de l'opération. Sur ces 112, il y eut 79 fois récidive, soit 70, 5 0/0 et 33 fois pas de récidive soit 29, 5 0/0.

Dans 52 cas localisés il y eut 27 fois récidive, soit 51, 9 0/0 et 25 fois pas de récidive, soit 48, 1 0/0.

Dans 60 cas propagés, récidive 52 fois, soit 86,7 0/0 ; pas de récidive 8 fois, soit 13,3 0/0.

64 fois il s'agissait de carcinomes de la portion vaginale.

Sur ces 64 cas, récidives 46, soit 71,9 0/0; pas de récidive 18, soit 28,1 0/0.

Cas localisés 30, récidives 17, soit 56,7 0/0; pas de récidive 13, soit 43,3 0/0.

Cas propagés 34, récidives 29, soit 85,3 0/0; pas de récidive 5, soit 14,7 0/0.

42 fois il s'agissait de cancer de la portion cervicale.

Sur ces 42 cas, récidives 32, soit 76,2 0/0 ; pas de récidive 10, soit 23,8 0/0.

Cas localisés 17, récidives 9, soit 52,9 0/0; pas de récidive 8, soit 47,1 0/0.

Cas propagés 25, récidives 23, soit 92 0/0; pas de récidive 2, soit 8 0/0.

Donc, en tout, sur 106 cas de carcinome du col, récidives 78 fois, soit 73,6 0/0; pas de récidive 28 fois, soit 26,4 0/0.

Sur 47 cas localisés 26 récidives, 55,3 0/0 contre pas de récidive 21, soit 44,7 0/0.

Sur 59 cas propagés, 52 récidives, soit 88,2 0/0; pas de récidive 7 fois donc 11,8 0/0.

Six fois il s'agissait de carcinome du corps, dont 1 récidive soit 16,7 0/0 et 5 fois pas de récidive, soit 83,3 0/0.

5 cas étaient localisés dont 1 récidive et 4 fois pas; 1 cas était propagé; il n'y eut pas de récidive,

L'auteur fait remarquer que ce sont les carcimones de la portion cervicale qui se propagent le plus aux parties voisines et qui donnent les résultats les plus mauvais. Il n'a pas fait de distinctions entre les cas où l'on a pu opérer dans les tissus sains et les cas où il a pu rester du cancer, ce qui est important à relever quand on compare ces chiffres à d'autres statistiques dans lesquelles on a éliminé les opérations incomplètes, dites palliatives.

Finalement l'auteur établit le pourcentage des cas de guérison définitive.

Sur les femmes examinées à la clinique, 14,7 0/0 étaient opérables. Sur ce nombre, il y eut 8,8 0/0 morts par l'opération. Sur les 13,4 0/0 cas de femmes ayant survécu à l'opération, 29,5 0/0 n'ont pas eu de récidive, soit 3,95 0/0. C'est là le chiffre de la guérison absolue. Sur 100 femmmes atteintes de cancer, on en guérit environ 4.

M. B.

L. Varnek. — **Quelques cas de sarcome utérin.** — (*Meditzinskoïé obozrénié, septembre* 1901.)

Dans trois cas, les sarcomes simulaient le cancer; la fréquence des premiers par rapport aux cancers a été, dans la statistique de l'auteur, de 1 : 32 (96 cancers).

Dans cinq cas, la tumeur ressemblait à un fibrome, et ce n'est que par l'examen histologique que le diagnostic exact a été fait ; la fréquence de ces sarcomes par rapport aux fibromes a été, dans la pratique de l'auteur, de 1 : 24.

Dans un de ces cas, la tumeur existait depuis 5 ans, et cependant l'état général restait florissant; la tumeur était sous-muqueuse et cependant non seulement elle ne provoqua pas d'hémorragies, mais elle a même provoqué depuis 2 ans l'aménorrhée ; malgré le volume de la tumeur elle ne semble pas avoir donné de métastase, tout au moins au voisinage de l'utérus, c'est-à-dire, dans une zone accessible au moment de l'opération.

Mme EL.

ANNEXES

CAPDEPON et DUVERGEY. — **Deux cas de torsion au niveau du pédicule de kystes ovariens.** (*Soc. d'an. et de phys. de Bordeaux*, 18 *novembre* 1901.)

Présentation de deux poches kystiques enlevées par M. le professeur Lanelongue à deux malades de son service.

L'une d'elles, âgée de 57 ans, ayant franchi la ménopause, remarqua, deux ans auparavant, en 1899, une augmentation progressive dans le volume de son ventre, qui grossit lentement jusqu'au 23 novembre 1901; à ce moment, sans cause appréciable, elle ressentit une vive douleur dans l'abdomen, et la tumeur acquit en peu de temps le double du volume qu'elle présentait auparavant. Alors survenaient des vomissements, et l'ensemble de ces symptômes décidait la malade à une intervention. On retrouvait à l'examen physique tous les signes classiques des kystes de l'ovaire, et l'on portait le diagnostic de kyste de l'ovaire droit, le corps utérin étant porté à gauche, à pédicule incomplètement tordu. La laparotomie vérifia le diagnostic, et après une ponction qui retira environ quinze litres de liquide hématique, on déchira les légères adhérences que la surface du kyste avait contractées avec les parois abdominales, l'épiploon et l'intestin. Le pédicule présentait deux tours complets, qui furent facilement défaits. L'opération s'acheva sans incidents.

La seconde malade, âgée de 52 ans, ne constata sa tumeur que six mois avant son entrée à l'hôpital.

Cette tumeur a grossi peu à peu, sans à-coups, mais en s'accompagnant de douleurs assez vives par moment et de vomissements, tous phénomènes qui font rentrer la malade à l'hôpital. A l'examen, signes classiques du kyste de l'ovaire. On en porte le diagnostic avec grande probabilité de péritonite subaiguë. L'intervention montra qu'il s'agissait de la torsion d'un kyste de l'ovaire dépourvu de toute adhérence, contenant un liquide hématique analogue au cas précédent. La torsion n'était pas réductible : elle était fixée et maintenue ainsi dans un état permanent.

Voilà donc deux cas de kystes de l'ovaire à pédicule tordu qui se sont présentés à l'observation, l'un avec les caractères classiques de la torsion : augmentation brusque du volume de la tumeur, douleur, symptômes péritonéaux; l'autre, avec des symptômes empruntés à l'irritation péritonéale. Ces deux cas, différents au point de vue clinique, correspondaient au degré de torsion à peu près complète chez la première malade, incomplète au contraire chez la seconde.

M. BOURSIER. — Dans les cas de torsion de kystes de l'ovaire, ce qui

importe avant tout, c'est le degré de constriction vasculaire; à cet égard, B. considère qu'il y a avantage à substituer les termes de torsion complète ou incomplète par rapport aux vaisseaux, à ceux mal définis de torsion aiguë ou chronique.

PÉRITOINE

KOLAMENKIN. — **Péritonite gonorrhéique aiguë.** — (*Vestnick Khirurghii, août* 1901.)

Une femme, âgée de 34 ans, est entrée à l'hôpital présentant tous les symptômes de péritonite aiguë généralisée; elle refuse d'abord l'intervention opératoire, mais finit par y consentir trois jours après son entrée. On trouva, à l'ouverture de l'abdomen, beaucoup d'exsudat séreux, quelques fausses membranes sur les anses intestinales et le péritoine pariétal; les anses étaient faiblement unies entre elles. Le cæcum et l'appendice étaient intacts. Dans le cul-de-sac de Douglas se trouvaient les ovaires, très augmentés de volume et enflammés, qu'on enleva. Mais, dix heures après, à l'autopsie, on trouva une inflammation purulente aiguë du péritoine de la vessie et des organes génitaux. Du pus du canal cervical, des abcès périutérins, des annexes, de la vessie, de la cavité péritonéale, on ne put isoler que le gonocoque.

Mme EL.

E. KEHRER (Bonn). — **Contribution au traitement des exsudats pelviens chroniques.** — (*Centralb. für Gynäk*, 28 *déc.* 1901, *n°* 52.)

L'auteur, après avoir énuméré les différents traitements employés pour amener la résorption des paramétrites, s'arrête à celui préconisé en dernier lieu par Polano, à savoir l'application d'air très chaud. L'appareil employé est encombrant et lourd et, à cause des risques d'incendie, ne peut-être utilisé, la femme étant dans son lit. L'auteur se sert, à la clinique de Bonn, d'un appareil formé de cerceaux en tôle recouverts d'amiante sur leurs deux faces, dans lequel se trouvent quatre lampes d'Edison en communication avec une source d'électricité d'au moins 110 volts. L'appareil mesure 28 centimètres de longueur, 35 de hauteur et 58 de largeur; il se place dans le lit, au-dessus de l'abdomen et des cuisses de la femme; on le recouvre avec une couverture de laine. La chaleur produite par cet appareil est telle qu'un thermomètre Celsius appliqué sur la peau de l'abdomen monte à 100°.

Au début, la peau rougit et est le siège d'une sensation de brûlure et de picotement. Celle-ci disparaît si l'on met un linge par-dessus la chemise. Si l'on veut une chaleur moindre, il suffit d'étendre une ou plusieurs lampes. Bientôt la transpiration envahit tout le corps, mais surtout les régions situées dans l'appareil. Parfois la sueur ruisselle littéralement de l'abdomen. Néanmoins presque toutes les malades augmentent de poids. L'appétit et l'état général s'améliorent. L'auteur fait agir la chaleur durant 15 minutes au début, puis augmente la durée, sans jamais dépasser une heure. Au sortir de l'appareil, il enveloppe le malade dans une couverture de laine, pour prolonger l'action de la chaleur. Parfois il applique un cataplasme sur le ventre.

Ce traitement influe merveilleusement sur la résorption des exsudats chroniques; les douleurs cessent presque immédiatement.

On sait que dans les cas de paramétrite postérieure, Bröse a conseillé récemment la ventrofixation élevée de l'utérus, qui produit l'extension et l'élévation de l'utérus et une tension et extension du tissu cellulaire chroniquement enflammé. La circulation sanguine en est facilitée, ce qui favorise la résorption. L'auteur, pour obtenir le même résultat sans opération, a, dans deux cas, introduit dans l'ampoule rectale des malades ayant le bassin élevé le colpeurynter à air de Pincus, après avoir vidé le rectum et l'avoir rempli d'huile. On arrive ainsi à repousser l'utérus en avant, à l'élever, à le tendre; les ligaments postérieurs sont tendus et allongés et, durant l'application du ballon, il se fait une anémie relative des ligaments, à laquelle succède ensuite l'hypérémie, condition favorable à la résorption. L'auteur a laissé le ballon une demi-heure. Peut-être convient-il de ne recourir à ce procédé qu'un jour sur deux, pour éviter l'altération de la muqueuse rectale.

L'auteur se sert aussi de l'appareil à air chaud pour réchauffer les malades immédiatement après les grandes opérations et les hémorragies abondantes.

L'appareil convient peut-être aussi pour la guérison des fistules abdominales, aussi bien tuberculeuses que postopératoires. L'hypérémie des tissus amènera rapidement l'expulsion des fils, causes de la fistule.

L'air chaud pourra ainsi ramollir les adhérences péritonéales qui maintiennent l'utérus ou ses annexes contre la paroi postérieure du bassin et faciliter ainsi le redressement à la fixation de l'utérus.

L'infantilisme des organes génitaux, jusqu'ici réfractaire à toute thérapeutique, trouvera peut-être un traitement approprié dans l'application souvent répétée de l'air chaud. L'état général deviendra meilleur et plus de sang affluera vers les organes mal développés.

M. B.

Katounsky (E.-Y.). — **Contribution à l'étude des adhérences péritonéales.** — (*Wratsch*, 1901, *n°* 29.)

La question des adhérences péritonéales est très peu étudiée, d'après l'auteur, et cependant la valeur clinique de ces adhérences est considérable.

Il y a des adhérences péritonéales dont l'origine est plus ou moins évidente et qui reconnaissent pour causes des inflammations antérieures, des lésions traumatiques accidentelles ou opératoires, ayant provoqué une péritonite aiguë ou chronique. Elles peuvent être dues, enfin, à un néoplasme de la cavité péritonéale.

A côté de ce groupe, il en existe un autre, dont les causes ne sont pas encore bien élucidées, et qui a cependant un grand intérêt pratique par suite des particularités du tableau anatomo-topographique et clinique. Ce sont les adhérences décrites par Gersuny sous le nom d'*adhérences péritonéales inférieures typiques*. Elles ont la forme d'une pseudo-membrane rubanée, passant transversalement à travers le feuillet externe du mésocôlon descendant, au niveau où, à cette partie du gros intestin fait suite l'S iliaque. Par une extrémité, cette pseudo-membrane est attachée à la paroi intestinale, par l'autre au péritoine pariétal. Sa

largeur est de 2 à 3 centimètres; sa longueur ne dépasse pas 4 centimètres. Si l'on peut déplacer l'S iliaque vers la ligne médiane, ce ruban donne la sensation d'un ligament résistant.

Ces adhérences se rencontrent surtout chez les femmes. Ni dans les antécédents des malades, ni au cours des laparotomies, on n'a pu trouver d'explication de ces lésions. D'après Gersuny, on pourrait en incriminer les hémorragies pelviennes au cours des règles, à la suite des ruptures des vésicules de de Graaf, ou des traumatismes. Ces hémorragies évoluent silencieusement, grâce au pouvoir résorbant du péritoine et grâce aux mouvements de l'intestin grêle qui étalent le sang épanché en une couche mince. Mais là où les mouvements péristaltiques de l'intestin grêle font défaut (et c'est le cas pour la région de l'S iliaque et du cæcum), le sang s'accumule en nappe plus épaisse; une partie en est résorbée, l'autre s'organise en pseudo-membrane.

Avec un peu d'habitude, on arrive à se débrouiller dans le tableau clinique de ces lésions. Dans la majorité des cas, on ne trouve rien dans les antécédents. Les malades se plaignent de douleurs des deux côtés de l'hypogastre, de douleurs pendant le coït, de constipation opiniâtre, d'impossibilité de travailler et même de marcher. Les douleurs s'exaspèrent pendant le travail, les menstruations, avant la défécation, surtout si les malades sont constipées. A l'examen, on constate une hyperesthésie à droite, au niveau du point de Mac Burney, et à gauche, au niveau de l'S iliaque. Le toucher vaginal est douloureux, même si les organes génitaux semblent sains. Le signe le plus important est fourni par la possibilité de déplacer le côlon descendant et l'S iliaque vers la ligne médiane. Mais, en général, il n'y a aucun signe positif permettant de reconnaître ces adhérences. On ne peut y arriver que par exclusion, après avoir éliminé la constipation ordinaire, l'entéro et la néphroptose, les lésions des organes génitaux internes, l'hystérie, etc. L'inefficacité du traitement employé contre toutes ces maladies peut aider le diagnostic.

J. Lvov. — **Myome extrapéritonéal du ligament large.** — (*Wratch*, 1901, *n°* 41, *p.* 1511.)

Les tumeurs du ligament rond sont en général rares, et, parmi elles, les tumeurs développées extrapéritonéalement le sont encore plus; en 1898, Guinard n'a pu en recueillir que 18 cas. La même année F. K. Weber (de Saint-Pétersbourg) en publia 3 cas personnels. Aussi l'observation rapportée par Lvov mérite-t-elle d'être citée :

Une paysanne, âgée de 23 ans, est venue consulter pour une tumeur de la région inférieure droite de l'abdomen se développant assez rapidement et s'accompagnant de douleurs. Elle s'en est aperçue pour la première fois il y a 3 ans, au 3e mois de sa 1re grossesse. La tumeur avait le volume d'une noix, était indolore et immobile; au terme de la grossesse, qui a du reste évolué et s'est terminée sans autre incident, cette tumeur avait déjà le volume d'un œuf. Après l'accouchement, ce volume aurait diminué. Au 3e mois de la 2e grossesse, elle augmenta de nouveau de volume; vers le 5e et 6e mois, elle atteignait celui d'un poing, et s'accompagnait de douleurs sourdes irradiées, parfois assez intenses pour rendre le travail impossible.

A l'examen, on trouve sur le trajet du canal inguinal une tumeur ovalaire, du volume d'une tête d'enfant, indolore et complètement immobile. Elle semble être extrapéritonéale et logée dans l'épaisseur de la paroi abdominale. La corne utérine droite semble être immobilisée et attirée en avant, où elle est fixée par quelque chose. En attirant la tumeur en bas, on attire un peu l'angle droit de l'utérus en avant et un tractus semble lier la tumeur et le fond de l'utérus; se basant sur ces données, on porta le diagnostic de fibrome du ligament rond, développé extrapéritonéalement. L'opération confirma ce diagnostic. La tumeur était située sur le grand oblique de l'abdomen, auquel elle adhérait intimement : elle était en outre implantée sur la partie intra-abdominale du ligament rond qui en formait en quelque sorte le pédicule très vasculaire. — Histologiquement, il s'agissait bien d'un myome.

Mme El.

CARTLEDGE (A.-M.). — **Kyste fibreux du ligament large.** — (*Louisville month. J. M. a. S.*, 1901.)

L'auteur présente l'observation d'une femme de 40 ans qui souffre d'une tumeur abdominale depuis deux ou trois ans.

Menstruation régulière et normale. Opération. On reconnait alors une tumeur du ligament large de nature fibro-kystique; la tumeur s'est développée dans le ligament large; la trompe de Fallope se trouvait immédiatement au-dessus de la tumeur, et cette portion de la tumeur se trouvait enclavée dans le petit bassin. Au point de vue anatomopathologique, la tumeur n'entrait en contact avec l'utérus que par sa situation.

L'auteur ajoute qu'il n'a observé antérieurement que deux tumeurs analogues, l'une qui avait de petites dimensions et qui fut enlevée par le vagin, l'autre qui avait de grandes dimensions et qui fut présentée à la Société de Chirurgie de Louisville.

A propos de ce cas, un des faits les plus intéressants et sur lequel l'auteur attire particulièrement l'attention, c'est que l'anesthésie opératoire fut obtenue par la rachi-cocaïnisation de la moelle, et il ajoute que ce mode d'anesthésie ne souffre aucune discussion puisque les résultats, semble-t-il, paraissent avoir été meilleurs que ceux qu'on eût pu obtenir avec l'éther ou le chloroforme.

JACOBS. — **Un cas de fibrome libre dans la cavité abdominale.** — (*Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique, janvier* 1902.)

M. Jacobs décrit un cas de gros fibrome enlevé de l'abdomen d'une femme âgée de 21 ans.

Cette femme fut toujours bien réglée jusqu'à l'âge de 18 ans. Mais, à partir de cette époque, ses règles devinrent irrégulières; son ventre augmenta de volume pendant deux ans, sans provoquer la moindre douleur.

A l'examen on notait de la distension abdominale, marquée surtout aux flancs et à la partie supérieure du ventre. La tumeur, qui fut reconnue à la palpation, remplissait les deux hypocondres et s'étendait presque jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Cette tumeur était peu mobile,

avait une consistance ferme, une forme irrégulière dans sa zone inférieure, et présentait de la fluctuation en certains points. Sa partie supérieure semblait plutôt molle. L'utérus était en antéversion, parfaitement mobile, et les trompes et les ovaires n'avaient contracté aucune adhérence avec cette tumeur.

M. Jacobs diagnostiqua un kyste de l'ovaire ou un fibrome pédiculé.

Il pratiqua l'opération et trouva une tumeur bilobaire, d'apparence blanchâtre, et molle à la pression. Le premier lobe, volumineux, était solide; le second, plus petit, s'élevait au-dessus de ce dernier jusque sous le diaphragme. La fluctuation y était parfaitement distincte; du liquide brun jaunâtre s'échappa à la ponction.

Cette tumeur n'avait aucune adhérence avec les organes voisins et n'était recouverte que par le grand épiploon. Elle ne portait aucune trace de pédicule venant soit de l'utérus ou des ovaires, soit du foie ou des reins. Un dépôt blanchâtre, dû probablement à de la fibrine, tapissait sa paroi interne, et du tissu fibreux composait entièrement le lobe solide de cette tumeur.

Le fibrome, avec son contenu liquide, pesait plus de 12 kilogrammes.

M. Jacobs pense que cette tumeur ne pouvait être un fibrome développé dans un kyste épiploïque, puisque l'épiploon était normal, et avoue que son origine lui paraît énigmatique.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

W. J. Sinclair. — **Un cas de grossesse tubaire ayant atteint six mois de développement, sans rupture de la trompe.** — (*Journal of Obstetrics and Gynæcology, janvier* 1902.)

L'auteur rapporte le cas d'une femme, âgée de 25 ans, présentant une tumeur de l'abdomen, qui atteignait le niveau de l'ombilic. Cette tumeur évolua pendant 7 mois (du mois d'avril au mois de septembre 1900), s'accompagnant de douleurs continues et d'hémorragies qui ne persistèrent que durant le mois de septembre. On trouvait parfois quelques lambeaux de membranes dans ces pertes de sang. Les règles avaient cessé et ne réapparurent qu'à la fin d'octobre, pour se continuer régulièrement. L'utérus enfin, n'était nullement hypertrophié, et seulement, en bas et en arrière, paraissait comprimé par la tumeur. Il y avait quelques phénomènes de légère rétention urinaire. On trouva quelque trace d'albumine dans l'urine, et pas du tout de sucre.

M. Sinclair pensa qu'il était en présence d'un cas de grossesse abdominale, et avoue n'avoir pu établir son diagnostic que grâce à l'existence du lait dans les seins de la femme. De fait, il était impossible, même sous l'anesthésie, de percevoir, à la palpation, quelque région du fœtus. L'hystéromètre révéla un utérus de dimensions normales, presque mobile, et le col de cet organe parut plutôt petit et dur.

Il semblait qu'une partie de la tumeur fût fixée dans le petit bassin, sur la paroi postéro-inférieure de l'utérus et qu'une autre partie faisait saillie dans l'abdomen, légèrement vers le côté gauche.

Au mois de juin de la même année 1900, M. Cluff, qui eut l'occasion d'examiner la malade, diagnostiqua une grossesse extra-utérine. Un de ses collègues pensa à un fibrome.

Le 8 février, M. Sinclair fit une laparotomie et trouva une tumeur de couleur brun jaunâtre, qui lui donna l'impression d'un kyste dermoïde de l'ovaire, ayant subi un processus inflammatoire. Cette tumeur était ferme, de forme irrégulière, mais nullement kystique. A l'ouverture de la coque, apparaissant très épaisse, s'échappa une matière sanieuse, ressemblant à du liquide épais de kyste dermoïde. Puis, l'auteur découvrit, après cette évacuation, l'extrémité inférieure d'un fœtus, complètement ratatiné et macéré.

Cette tumeur n'était autre que la trompe gauche, qui s'était soudainement distendue à partir d'un point situé à 15 ou 18 millimètres de la corne de l'utérus.

M. Sinclair lia cette trompe comme un simple pédicule et en fit l'ablation.

Tout le liquide amniotique avait été résorbé, et il ne restait à sa place qu'une petite quantité de matière purulente.

Un mois après l'opération, la malade sortit, guérie, de l'hôpital.

Au mois de novembre 1901, elle redevint enceinte, et l'examen fait, au troisième mois, constata une grossesse utérine normale.

H. Macnington-Jones. — **Un cas de grossesse ectopique avec infection septique du sac de gestation.** — (*The British gynæcological Journal, août* 1901.)

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 30 ans, présentant une grosse tumeur qui était située en arrière de l'utérus, et paraissait intimement en contact avec cet organe. Les douleurs étaient très vives et survenaient, par intermittences, en même temps que des hémorragies assez abondantes, qui laissaient échapper, suivant l'expression de la malade, une substance rouge, jaunâtre, analogue à des « œufs de poisson ».

Les règles furent toujours normales jusqu'au 24 novembre. Elles réapparurent le 24 janvier.

M. Macninghton-Jones diagnostiqua, avec M. Mac-Donneil, une grossesse ectopique, et, songeant au volume de la tumeur et aux adhérences qu'il supposait devoir exister, proposa la cœliotomie abdominale.

L'opération fut faite et donna issue à du liquide extrêmement fétide. La cavité pelvienne fut désinfectée avec une solution faible de formaline, et, à travers la plaie, on laissa une mèche de gaze iodoformée.

Malgré les injections de sérum, malgré les purgatifs et les lavages d'estomac, malgré même la réouverture de la cavité abdominale, la température demeurait à 37°2 et les pulsations variaient entre 110 et 140. Sept jours après l'opération, la mort survenait.

A l'examen, on trouva une tumeur irrégulièrement sphérique, mesurant 8 × 7 × 6 centimètres. Après avoir enlevé la partie postérieure, on découvrait deux cavités. La plus grande de ces cavités constituait le sac de gestation, dont la paroi, à la section, paraissait infiltrée de caillots de sang et de fibrine. Ce sac contenait un fœtus de 2 centimètres 75 millimètres qu'un cordon ombilical œdémateux, d'une longueur de 1 centimètre 75 millim., attachait à l'un des points de sa paroi. L'autre cavité, plus petite, ayant une forme semi-lunaire, était formée par un espace libre, situé entre le sac de gestation et la muqueuse de la

trompe de Fallope. Du pus comblait cette cavité qui n'était qu'une portion de l'ampoule tubaire dilatée.

L'auteur pense que, dans un tel cas, la gestation qui, tout d'abord, s'était faite dans la trompe, a abouti à une grossesse molaire, et que la suppuration, qui a eu lieu secondairement, fort probablement, à cause du contact de l'intestin, a envahi l'espace libre de la trompe dilatée, qui existe toujours, autour au point d'implantation, sur la muqueuse de cette trompe, de la môle embryonnée.

Tout en pensant que, par la voie vaginale, il eût été plus prudent d'intervenir à cause de la nature soupçonnée du sac, M. Macninghton-Jones a préféré la voie abdominale, que déjà, dans un cas presque analogue, il eut l'occasion de suivre avec succès.

Le président, M. Mansell Moullin, fait observer que, lorsqu'il y a putréfaction du fœtus dans une grossesse utérine ou extravasation du sang devenu septique, c'est à la voie vaginale qu'il faut recourir. Dans de tel cas, l'intervention abdominale a toujours été fatale.

M. Heywood Smith (de Londres) demande s'il n'y avait pas, avant l'opération, quelques signes permettant de déceler la suppuration, ou plutôt, propose l'usage d'injections abdominales qui empêcheraient la putréfaction.

M. Furneaux-Jordan termine cette discussion en disant que, certainement, la cause de l'infection du sac de gestation est due, ainsi que M. Macninghton-Jones le laissait entendre, aux adhérences peu épaisses de l'intestin et du sac. Il rappelle qu'il eut lui-même l'occasion de voir un cas semblable qui se termina par la guérison. Le sac était enfoui entre l'épiploon et l'intestin, fixé par des adhérences à ces organes. Enfin, il fait remarquer qu'un point intéressant caractérise encore l'observation de M. Macninghton-Jones, c'est que la suppuration ait pu demeurer inaperçue durant deux ou trois mois ou même plus longtemps.

ÉTAT GÉNÉRAL

E. Fraenkel (Breslau). — **L'appendicite dans ses rapports avec les maladies des organes génitaux de la femme.** — (*Congrès des naturalistes à Hambourg. Centralb. für Gynäk.*, 5 *octobre* 1901, *n°* 40.)

1° L'erreur d'attribuer aux affections des organes génitaux les attaques péritonitiques fréquentes de la femme a fait considérer à tort l'appendicite comme plus particulière au sexe masculin.

2° La propagation de processus inflammatoires du cæcum et de l'appendice aux organes génitaux de la femme, ou inversement la marche ascendante de l'inflammation, se font *a*) par voie intrapéritonéale le long des voies sanguines ou lymphatiques du ligament appendiculo-ovarien, ou grâce au contact de l'appendice, souvent très long chez la femme, avec les organes atteints d'inflammation infectieuse, *b*) par voie intrapéritonéale par le tissu sous-séreux du ligament appendiculo-ovarien, à travers les feuillets mésentériques du cæcum, ou enfin grâce à la situation plus ou moins extra-péritonéale du cæcum et de l'appendice, par propagation au tissu cellulaire de la fosse iliaque et du petit bassin.

3° Les complications génitales les plus fréquentes de l'appendicite sont des processus inflammatoires, suppuratifs, des annexes, le plus

souvent bilatéraux, ou seulement du côté droit. Ce n'est que très rarement que la longueur de l'appendice lui permet d'atteindre le côté gauche du bassin. La fréquence, parmi les complications de l'appendicite, de la torsion du pédicule des kystes ovariques ou parovariques tient à l'augmentation de la pression abdominale et du péristaltisme sous l'influence de la pérityphlite.

4° La rareté de l'annexite unilatérale, surtout quand elle siège du côté droit, doit, quand il y a appendicite concomitante, faire supposer une relation de causalité entre les deux affections ; il en est de même dans les cas de pyosalpinx du côté droit ou de paramétrite dite idiopathique chez les enfants et les jeunes filles, qui n'offrent pas de signes de gonorrhée ou de tuberculose et n'ont jamais eu de vulvovaginite, ni de kolpitis infectieux.

5° La proposition d'Edebohls concernant la relation de causalité entre le rein flottant et l'appendicite chronique unilatérale d'une part, et l'annexite d'autre part, n'a pas la valeur que cet auteur lui attribue. La palpation ne peut servir de base à la démonstration de l'état normal de l'appendice que dans des conditions tout à fait favorables ; la preuve positive de l'altération pathologique de l'appendice a une grande valeur diagnostique, mais prête à erreurs.

Toutes les conclusions diagnostiques et toutes les statistiques ainsi basées uniquement sur les signes fournis par la palpation sont incertaines, et la fréquence ainsi constatée de la coexistence de l'appendicite et des symptômes de rein flottant ne prouve pas la relation de causalité.

6° Des accès douloureux fébriles répétés, surtout dans l'hypogastre droit, immédiatement avant ou pendant les règles, de plus l'irrégularité et surtout le retard de la menstruation, avec pertes abondantes, chez des individus auparavant normalement réglés, s'accompagnant de troubles gastriques, intestinaux ou nerveux, doivent, en dehors des autres causes connues de dysménorrhée, éveiller l'attention sur une appendicite larvée et peuvent, après épuisement des autres agents thérapeutiques, conduire à l'appendicectomie.

7° En principe, chez toute femme atteinte d'appendicite, il convient de faire un examen prudent, minutieux, bimanuel, extérieur, extravaginal (sauf chez les vierges), intrarectal, au besoin sous chloroforme et dans la position renversée, ou dans un bain très chaud, pour éviter une erreur de diagnostic. Inversement, dans toutes les affections paraissant nettement gynécologiques, il faut penser à la possibilité d'une complication appendiculaire.

8° Dans toutes les cœliotomies abdominales pour affections génitales de la femme et en particulier pour annexites, suppurées ou non, bilatérales ou du côté droit, il faut chercher prudemment à examiner l'appendice, et s'il est malade, l'extirper. Même quand l'organe paraît sain, mais qu'il est adhérent, il faut le réséquer, attendu que la rupture de ces adhérences ne les empêche pas de se reformer et de donner lieu à des troubles et que d'autre part des adhérences paraissant superficielles peuvent correspondre à des modifications profondes de la paroi.

9° De même dans toute laparotomie pour appendicectomie, autant qu'il n'y a pas à ménager des adhérences protectrices, il convient de contrôler l'état de l'utérus et de ses annexes et au besoin le corriger.

10° Quand on redoute la complication d'une appendicite dans l'an-

nexite suppurée, il convient de perforer la voie abdominale et la voie vaginale. Quand l'annexite siège uniquement du côté droit, l'incision typique dans le flanc suffit; sinon, il faut faire l'incision médiane. Dans les abcès du douglas arrivant très bas, l'ouverture par le vagin ou, chez les enfants et les vierges, par le rectum est à recommander. S'il existe une seconde poche purulente au-dessus de l'entrée du bassin, ou dans la fosse iliaque, sans communication avec le douglas, on peut, ou bien dans la même séance par la cœliotomie abdominale l'extirper avec l'appendice et les organes génitaux malades, ou bien opérer plus tard si l'appendice ou les annexes donnent lieu à de nouveaux troubles.

M. B.

MENGE (Leipzig). — **La nature de la dysménorrhée.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 14 *décembre* 1901, *n°* 50.)

Deux sortes de dysménorrhée sont à distinguer : la première, « idiopathique », indépendante de toute lésion de l'appareil génital, la seconde, « dysménorrhée secondaire », provoquée par une affection génitale. Mais ces deux dysménorrhées se ressemblent tellement par leur caractères, leur apparition et leur marche, qu'elles doivent être de la même famille. Leur parenté est établie par ce fait que toute dysménorrhée peut se ramener à une contractilité douloureuse de l'utérus.

Chez toutes les femmes, à chaque menstruation, il y a contraction intermittente de l'utérus, provoquée peut-être parce que Fritsch a appelé le gonflement prémenstruel de la muqueuse utérine, mais surtout par le sang menstruel qui agit comme un corps étranger dans la cavité utérine.

Cette contraction menstruelle de l'utérus, insensible ou à peu près chez les femmes bien portantes physiquement et psychiquement devient douleur dysménorrhéique dans les conditions suivantes :

1) Dans les cas de troubles fonctionnels du système nerveux dits hystérie et neurasthénie, même quand l'appareil génital est absolument sain ; c'est la dysménorrhée nerveuse, stigmate d'hystérie.

2) Dans les cas de modifications pathologiques du canal génital, telles que positions vicieuses, retrécissements et occlusions, créant un obstacle à l'écoulement du sang menstruel, d'où contraction utérine exagérée, douloureuse même pour un système nerveux sain, c'est la dysménorrhée mécanique, laquelle peut coexister avec la dysménorrhée nerveuse.

3) Dans les cas de modifications pathologiques des organes pelviens, lesquelles s'accompagnent d'une sensibilité des organes génitaux et des organes voisins, telle que même la contraction utérine menstruelle non exagérée devient douloureuse par suite du déplacement, de la torsion et de la pression des parties malades : c'est la dysménorrhée inflammation, à laquelle peut s'ajouter, en l'aggravant, la forme mécanique ou même les deux.

Différentes preuves viennent montrer que la dysménorrhée est bien la contraction menstruelle devenue douloureuse.

1° La douleur dysménorrhéique ressemble beaucoup aux douleurs du travail et aux tranchées qui suivent, au témoignage de toutes les femmes qui ont souffert des deux ; et la douleur du travail dépend,

comme la douleur dysménorrhéique, du volume des obstacles à vaincre et de l'état du système nerveux central.

2° Il y a beaucoup d'analogie entre la dysménorrhée et la douleur provoquée par des corps étrangers intra-utérins, tels que polypes fibreux, muqueux, placentaires, débris déciduaux ou corps introduits dans l'utérus tels que crayon, gaze, sonde, etc.

3° La douleur dysménorrhéique augmente, si le sang des règles se coagule dans l'utérus.

4° On observe une dysménorrhée grave avec un système nerveux central sain quand le sang menstruel ne s'écoule pas du tout.

5° Les douleurs dysménorrhéiques avec organes génitaux normaux se montrent souvent seulement au début des règles. Elles cessent quand le sang menstruel a triomphé de l'obstacle créé par le bouchon muqueux du canal cervical.

6° Une dysménorrhée violente se montre souvent chez les jeunes filles et les femmes nullipares ayant un orifice interne du col étroit, mais normal.

Souvent la dilatation du canal cervical amène alors la diminution ou la cessation des douleurs et peut rendre une conception possible. Parfois, chez ces femmes, la guérison n'est durable que si, modifiant l'état général, on arrive à modifier aussi l'état psychique. La grossesse produit parfois ce résultat.

7° La dysménorrhée mécanique, de même que la dysménorrhée inflammatoire, cède uniquement à un traitement causal.

Le traitement de la dysménorrhée doit être tout d'abord causal. Faire cesser l'obstacle à l'écoulement du sang dans la dysménorrhée mécanique, modifier l'état inflammatoire des organes dans la forme inflammatoire et agir sur le système nerveux central sont des indications qui découlent de ce qui précède.

M. B.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

M. Savinov. — **Procédé péri-vaginal et sous-périosté de fermeture des fistules vésico-vaginales adhérant à l'os.** — (*Khirurghia, juin* 1901.)

L'opération que propose l'auteur est surtout destinée à remplacer le copocléisis ; cette dernière en effet amène une perturbation notable des fonctions génitales ; elle peut provoquer en outre de la cystite et de la pyélonéphrite grâce aux dépôts d'urates qui se produisent souvent. Dans les fistules dont les lèvres adhèrent à l'os sous-jacent, la principale difficulté consiste à atteindre la fistule, très haut située, et à mobiliser le lambeau vésical. Aussi l'auteur a-t-il cherché s'il n'était pas possible de vaincre ces difficultés en rendant la fistule accessible par mobilisation de la vessie, par la voie ischio-rectale et par le diaphragme inférieur. La première de ces voies convient de préférence aux fistules non adhérentes, et la deuxième aux fistules adhérentes.

Par la fosse ischio-rectale, il est très facile de décoller avec le doigt les parois latérales du vagin, de détacher sa paroi antérieure de la base de la vessie et de contourner la paroi uréthrale antérieure ; la paroi

postérieure de l'urèthre peut être décollée en l'attaquant par le triangle périnéal. Les expériences sur les cadavres ont en outre démontré qu'il est facile de suturer la base de la vessie ainsi détachée par la voie vaginale et de rapprocher et suturer les lambaux vaginaux aux dépens des parois latérales du vagin. On peut en outre détacher du périoste le *crus clitoridis* avec le muscle qui le couvre, ainsi que le bord du diaphragme uro-génital, atteindre ainsi la paroi vésicale antérieure, la détacher avec le doigt de l'os sous-jacent et l'abaisser. On peut donc, en cas de fistule à lèvres adhérentes, l'attaquer par cette voie, mobiliser la vessie et la suturer par le vagin.

Pour ce faire, on pratique une incision de 8 à 9 centimètres de long, sur le bord antérieur des grandes lèvres, descendant un peu au-dessous de la commissure postérieure et passant dans sa partie inférieure sur la face externe des grandes lèvres. Cette incision ne donne presque pas de sang. On dissèque les aponévroses, et on tombe sur le triangle musculaire, derrière lequel se trouve le diaphragme uro-génital.

Par la fosse ischio-rectale le doigt arrive facilement sur la paroi vaginale, la décolle et dédouble la cloison vésico-vaginale jusqu'à la fistule. Si les lèvres de cette dernière sont fixées à l'os sous-jacent, on incise le périoste du bord inférieur de la branche descendante du pubis et ascendante de l'ischion, on le décolle ainsi que les muscles situés sur lui et on repousse le tout (*crus clitoridis*, muscle clitoridien, diaphragme) vers la ligne médiane. On détache ensuite le bord de la fistule, et ensuite la paroi vésicale antérieure qu'on abaisse. Le détachement du périoste constitue le temps le plus difficile et doit être fait avec beaucoup de soin, pour ne pas blesser la paroi vésicale. (Il arrive souvent qu'après décollement l'orifice vésical est plus grand que l'orifice vaginal du conduit fistuleux.) On procède de même de l'autre côté et finalement la fistule se trouve complètement accessible. On n'a alors qu'à en aviver les bords et à les suturer par le vagin. Pour cela, le mieux est de dédoubler ces bords opposés à la cloison dédoublée et de suturer séparément les deux lambeaux. Le procédé de Spassokutzky pour aviver les bords semble donner les meilleurs résultats. Pour éviter la tension des fils de suture de la fistule, la plaie cutanée ne doit pas être suturée, mais se combler par seconde intention.

Si la fistule est très élevée sous le pubis et adhérente, il faut réunir les deux incisions par une troisième arciforme ou bien faire la même incision que dans la taille sous-pubienne de Langenbuch. Tout le champ opératoire est alors accessible et la suture de l'orifice vésical peut être faite par la même voie.

Ce procédé, qui constitue une modification de celui de M. Schauta, présente sur celui de Bordenhaueur et de Fristch de nombreux avantages.

Mme EL.

NICOLAI WOLKOWITSCH (Kiew). — **Une méthode plastique pour fermer, à l'aide de l'utérus, les fistules vésico-vaginales difficiles à opérer.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 26 *oct.* 1901, *n°* 43.)

Les deux principales causes d'insuccès des opérations de fistules vésico-vaginales étendues sont, d'une part, la tendance à la désunion

des lèvres de la plaie, quand la perte de substance était étendue, et en second lieu, la mauvaise qualité des tissus sur lesquels repose la vessie suturée. Si l'on veut que la guérison suive l'opération, il faut surtout veiller à fournir aux tissus suturés une base solide, une couche de tissus de bonne qualité, auxquels les bords suturés de la fistule puissent adhérer. Si ce plan sous-jacent de bonne qualité existe, la fistule ne tardera pas à se fermer complètement, même si, au début, l'adaptation des lèvres de la plaie vésicale n'est pas parfaite.

Le procédé du dédoublement remplit en partie ces desiderata; mais l'étendue du tissu cicatriciel, les adhérences au niveau du pubis ne permettent pas toujours facilement un rapprochement suffisant des bords de la fistule.

Ce qui surtout s'oppose à la libération des tissus autour de la fistule, c'est l'utérus avec ses adhérences, d'où la nécessité de restituer à la matrice sa mobilité pour pouvoir l'abaisser et relâcher ainsi les bords de la fistule, surtout le bord supérieur.

La descente de la matrice non seulement rétrécit la fistule, mais encore peut remplir la deuxième condition exigée pour la guérison, c'est-à-dire que l'utérus lui-même peut constituer le plan de soutènement de la suture vésicale.

L'auteur commence l'opération par la dissection de l'anneau cicatriciel, ou mieux par son ablation. D'autres fois, il incise directement le cul-de-sac postérieur, en prolongeant l'incision latéralement, dans la direction de la fistule; l'incision embrasse toute la fistule, de façon à ce qu'on puisse détacher de la muqueuse vaginale un lambeau tel que la place qui en résulte soit assez grande; mais il faut éviter d'inciser trop près du col pour ne pas endommager sa nutrition.

On libère ensuite le col du tissu cicatriciel qui l'entoure, ce qui permet son abaissement progressif. Il faut surtout travailler en arrière et latéralement, car l'obstacle à l'abaissement est rarement très grand en avant et, en ce point, on aura plus tard à dédoubler la paroi vésico-utérine.

La libération du col doit se faire sans qu'on touche au péritoine autant que possible. Dans trois cas, l'auteur a incisé le péritoine, deux fois légèrement, la troisième fois assez longuement.

L'utérus doit pouvoir être abaissé jusqu'à l'urètre, et si celui-ci est intéressé dans la fistule, l'abaissement doit se faire jusqu'à l'orifice urétral externe, ce qui malheureusement n'est pas toujours possible.

La préparation de l'utérus ne doit pas remonter trop haut; il faut absolument éviter de léser les artères utérines.

Suivant les cas, l'auteur s'occupe parfois de la fistule avant de libérer l'utérus. Mais, comme l'utérus doit rester adhérent à la paroi vaginale en avant et un peu latéralement, il faut détacher la muqueuse vaginale, non seulement autour de la fistule, mais aussi à une certaine distance sur les côtés.

Pour cela, l'auteur incise au-dessous du bord inférieur de la fistule, le plus loin possible de ce bord (1-1 1/2 centimètre), attendu que le résultat est d'autant meilleur que la plaie offre une plus grande surface au col. Cette incision est prolongée en courbe légère, sur les côtés, et va rejoindre celle qui entoure le col. En avant, et un peu latéralement, cette incision est très voisine de l'entrée vaginale; on détache la

muqueuse aussi loin que possible en un seul morceau, en même temps qu'on détache du pubis les parties de la fistule qui y adhèrent.

On avive les bords de la muqueuse vésicale autant qu'il est nécessaire pour faire disparaître tout tissu cicatriciel. En haut, on dédouble la paroi, moins pour mobiliser l'utérus que pour aviver la face antérieure du col.

Il est, en général, inutile de suturer la muqueuse dans la vessie : l'abaissement de l'utérus réunit les lèvres de l'incision ; les fils formeraient des corps étrangers dans la vessie. Une seule fois, l'auteur a suturé la vessie au catgut, dans un cas de fistule très étendue, adhérente au pubis, avec un col très petit.

Il ne reste plus qu'à fixer l'utérus abaissé et à fermer l'orifice de la fistule. Pour cela, on suture le col à la surface avivée de la paroi vaginale. Trois ou quatre fils suffisent. Les deux sutures principales à la soie forte traversent le col et la plaie vaginale aux deux angles latéro-antérieurs : l'aiguille introduite dans la paroi vaginale, près de la surface avivée, chemine profondément dans cette surface et assez loin de son point d'entrée; puis, par le tissu du col, pénètre dans le canal cervical. La seconde suture est faite de même en sens inverse. En serrant ces deux fils, on assure déjà une adaptation complète du col à l'orifice fistuleux. Pour mieux assurer encore cette adaptation, surtout au niveau du bord inférieur, on place encore un ou deux fils de soie fine, moins profondément, pour fixer le bord de la plaie vaginale au col, à l'union de la muqueuse du col avec la surface avivée de la face antérieure.

Pour qu'il soit facile plus tard de retrouver ces fils, on ne les coupe pas immédiatement après le nœud, mais on fait, à une certaine distance, un second nœud, après lequel les fils sont coupés.

Pour assurer l'écoulement de l'urine, l'auteur imite la conduite de Sematsky, c'est-à-dire qu'il draine la vessie par en haut, surtout dans le cas où la fistule a intéressé le conduit urétral; dans les trois derniers cas opérés par lui, il a mis une sonde dans l'urètre, qui n'était pas lésé.

L'auteur a opéré huit femmes par ce procédé. Six fois, il s'agissait réellement de fistule vésico-vaginale, deux fois l'urètre était intéressé.

Sur les six femmes de la première catégorie, une seule fois il y eut nécrose d'un point du col, latéralement; la fistule n'était plus fermée que par la muqueuse vésicale qui, précisément dans ce cas, avait été suturée; il restait, au niveau de l'orifice de l'urètre, une fistule de la dimension d'un crayon. Il s'agissait d'un cas très difficile: la fistule primitive laissait passer trois doigts : elle était adhérente au pubis : l'utérus très fixé ne put être abaissé qu'avec grande difficulté; la femme, accouchée depuis huit mois, avait encore des douleurs phlébitiques, et son état général laissait à désirer.

Dans l'un des cas de la deuxième catégorie, toute la partie postérieure de l'urètre manquait. La fistule guérit, mais il resta, d'un côté, à la partie inférieure de l'urètre, une fente qu'on sutura vainement. On détacha alors l'urètre des tissus environnants, on lui fit subir une rotation sur son axe longitudinal, jusqu'à ce que la fente fut amenée en haut et suturée en ce point. L'urètre fut ainsi notablement raccourci. L'opération date de cinq semaines. Il y eut d'abord incontinence

absolue : maintenant la malade retient, étant couchée, quelques cuillerées à bouche d'urine.

Par l'injection d'eau salée physiologique dans la vessie, on dilate et on augmente la capacité de la vessie, ce qui influe sur le pouvoir de rétention de l'organe.

L'autre cas, de la deuxième catégorie, était une fistule vésico-vaginale énorme, avec disparition complète de l'urètre. La fistule est fermée; il reste à reconstituer un urètre.

M. B.

J. Grinevitch. — **Deux cas d'infection puerpérale traités par le sérum antistreptococcique.** — (*Wratscheb. Gaseta*, 1901, *n°* 44.)

Femme de 24 ans, vue 7 jours après l'accouchement. Frissons violents, t. 41°4, pouls à 120. Ventre météorisé et douloureux, arthralgies. Dans l'intervalle, entre les frissons, la température s'abaissait. On fit une injection de 10 centigrammes de sérum antistreptococcique, répétée le lendemain; le lendemain soir, la température tomba à 37°5, le frisson ne revint plus; les arthralgies disparurent, les lochies devinrent plus abondantes. L'état général s'améliora les jours suivants. Au niveau de l'injection se développa une induration du volume du poing qui ne disparut que lentement et grâce au massage.

La seconde observation est en tous points analogue. L'injection de 10 centigrammes de sérum a fait tomber la température de 39,8 à 36,4 et amené la disparition graduelle des troubles généraux.

Mme El.

L. Libov. — **Sérothérapie des affections puerpérales.** — (*Wratchebnaïa Gaseta*, 1901, n° 44, p. 850.)

L'auteur publie 8 observations de fièvre puerpérale traitées par le sérum antistreptococcique. Il s'agissait de femmes dont l'état général était plus ou moins grave : la température était de 39,2 à 40°, le pouls fréquent, les lochies fétides. Dans tous ces cas, l'injection de sérum a donné des résultats remarquables; la dose était de 20 à 30 centimètres cubes ; tantôt, la première injection suffisait déjà pour abaisser notablement la température et améliorer l'état général ; mais, après une seconde dose, le résultat était certain. Tous ces malades ont guéri. En même temps, l'auteur donne une neuvième observation d'infection puerpérale où l'entourage s'était opposé aux injections. La malade succomba, malgré des lavages répétés de la cavité utérine. Se basant sur ces faits, l'auteur conclut que le sérum antistreptococcique doit être recommandé en même temps que les autres moyens de combattre l'infection.

Mme El.

A. Theilhaber (München). — **Du traitement de la dysménorrhée.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 7 *décembre* 1901, *n°* 49.)

Selon l'auteur, les 3/4 des cas de douleurs menstruelles sont sous la dépendance, non pas de conditions anatomiques (myomes sous-muqueux, périmétrite, etc.), mais de troubles fonctionnels. La dys-

ménorrhée est due à une contraction tétanique du sphincter de l'orifice interne, comme les crampes de l'estomac, de l'intestin sont causées par un spasme du pylore, du cardia, etc. Ce spasme des fibres musculaires lisses est, en première ligne, sous la dépendance d'une surexcitation anormale du système nerveux, hystérie, neurasthénie, surmenage intellectuel, onanisme, etc. Dans les cas graves, quand le traitement général échoue, l'auteur conseille de diminuer la contractilité du sphincter en en réséquant de petites parties et de faire la résection de l'orifice interne. La guérison spontanée de la dysménorrhée après l'accouchement s'explique précisément par la formation, durant l'accouchement, de petites fissures de l'orifice interne, auxquelles succède un tissu cicatriciel. On peut faire la résection à ciel ouvert, en décollant le col de la vessie et en incisant la paroi cervicale antérieure jusqu'à l'orifice [illegible]terne. L'auteur a toujours préféré dilater le col jusqu'à 10 mil[illegible] de chaque côté, introduire un bistouri jusqu'à l'orif[illegible] lambeau de la muqueuse et de la mus-cu[illegible] avant et en arrière. Et pour éviter que l'i[illegible] ou trop superficielle, il a fait fabriquer un[illegible] une lame de 1 centimètre 1/2 de longueur, un tran-ch[illegible] millimètres de profondeur et portant au dos deux arrêts transversaux ayant 3 millimètres de largeur, empêchant le tranchant de pénétrer à plus de 6 millimètres de profondeur. Après l'excision, on peut ou non suturer les plaies; chez les femmes stériles, l'auteur ne suture pas, pour augmenter les chances de conception. Jusqu'à présent il a opéré 22 fois avec succès.

M. B.

JOHANNES FUTH (Coblenz). — **Du traitement intra-utérin.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 14 *septembre* 1901, *n°* 37.)

Lorsqu'on veut faire dans la cavité utérine des badigeonnages avec un tampon de coton imbibé d'un liquide médicamenteux, le tampon est en partie exprimé de son contenu dans le canal cervical; le médicament n'arrive qu'en partie dans la cavité utérine et exerce son action là où il ne faudrait pas. De plus, dans la cavité utérine même, l'application se fait irrégulièrement; nulle en certains points de l'endometrium, elle peut être exagérée en d'autres.

Pour remédier à ces inconvénients, l'auteur a imaginé une sorte de speculum cervical, bivalve, qu'on introduit fermé dans le col. La partie située au dehors de la vulve est munie d'un pas de vis destiné à écarter les deux valves qui se trouvent dans le col. Les deux valves sont recouvertes d'un cylindre en caoutchouc et séparées par un mandrin qu'on retire. Il reste alors dans le col un cylindre formé par les deux valves d'une part et entre elles par le caoutchouc extérieur. A la partie supérieure de l'appareil vient s'appliquer une pince à griffes destinée à saisir et fixer le col.

Avant d'introduire l'appareil dans le col, on place deux valves dans le vagin. Au manche de la valve inférieure se trouve un support pour un vase en verre renfermant une mèche de gaze et l'agent médicamenteux. A l'aide d'une pince on saisit la mèche qu'on amène à l'entrée du speculum cervical et de là dans le corps utérin.

M. B.

KRUMMACHER. — **Contribution à l'étude de la technique et des indications de la dilatation utérine.** (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1901.)

L'auteur cite d'abord les résultats obtenus dans 17 cas qu'il range sous forme de tableau synoptique. Puis il consacre un paragraphe au matériel qu'il emploie et qui consiste exclusivement en un ballon non élastique analogue à celui de Champetier de Ribes. Technique : 1) Quand le col est fermé, l'auteur emploie deux moyens : la dilatation ou le tamponnement du col ; 2) quand le col est ouvert, il saisit le col avec une pince et introduit le dilatateur (métreurynter). Puis on gonfle le ballon avec une seringue à piston ; le contenu du ballon et le nombre de seringues injectées doivent être connus, En général, pour cette opération, l'anesthésie n'est pas nécessaire. Les indications sont données dans toutes les complications de l'accouchement, dans l'éclampsie, comme cela eut lieu pour les cas cités par l'auteur dans les hémorragies, dans les cas de placenta prævia, ou lorsque le cordon ombilical porte des nœuds; enfin cette opération doit être faite dans les cas où l'on doit avoir recours à la version.

B. LIBOV. — **Des injections intra-utérines.** — (*Wratch*, 1901, *n°* 45, 46 *et* 47.)

D'après l'auteur, aucun de ceux qui ont expérimenté le procédé de Grammatikati n'ont suivi leurs malades suffisamment longtemps pour pouvoir juger de l'efficacité réelle du procédé.

Grammatikati lui-même avoua avoir perdu de vue la plupart de ses malades. M. Libov, par contre, a pu suivre quelques-unes de ses malades assez longuement; aussi se croit-il plus autorisé à conclure pour ou contre les injections d'alumnol que les autres auteurs.

Il les a faites à 60 malades qui reçurent en tout 2.289 injections. Chez deux de ces malades, les injections d'alumnol provoquèrent, malgré l'observation rigoureuse de toutes les indications données par Grammatikati, des complications assez graves. D'une façon générale, ce mode de traitement est assez mal supporté par un grand nombre de malades, qui le considèrent toutes comme pénible. Dans ces cas, les injections étaient faites, non tous les jours, mais tous les deux ou trois jours. Il semble d'ailleurs que, grâce à cet intervalle, la muqueuse peut mieux se déterger au niveau des parties nécrosées.

Le caractère *douleur* est très variable; assez souvent, les injections ne provoquent la douleur que six heures après.

Passant ensuite à l'étude de l'action des injections d'alumnol dans chaque catégorie d'affection, M. Libov constate que, dans l'*endométrite gonorrhéique*, avec gonorrhée ascendante (30 observations), les résultats furent absolument médiocres, malgré le nombre considérable d'injections : aucune de ces malades ne guérit, 14 furent sérieusement améliorées. Chez 6, l'amélioration était faible et chez 10, nulle. Chez toutes, les injections ont provoqué l'arrêt des règles, considéré par Grammatikati comme salutaire ; mais, dès que les règles reparaissaient, le cortège symptomatique recommençait. D'ailleurs, Libov doute que la teinture d'iode (qui entre dans la composition de l'alumnol), bactéricide en application directe, puisse agir sur les gonocoques logés dans les replis de la muqueuse tubaire. Dans l'*endométrite hémorra-*

gique, l'alumnol semble être utile immédiatement après le curettage, ce dernier seul étant souvent inefficace.

Les résultats favorables obtenus dans l'*endométrite fongueuse* s'expliquent par l'action directe sur les fongosités.

Dans les *hémorragies réflexes* de la ménopause (7 cas), l'alumnol est resté sans la moindre action, ce qui s'explique d'ailleurs facilement, puisque ces hémorragies sont dues à la sclérose des artères utérines, sur lesquelles les vasomoteurs ne peuvent plus avoir de prise (Reineke).

Il en fut de même dans 4 cas de *fibrome utérin*.

Dans les *pyosalpingites*, les injections intra-utérines sont non seulement inutiles, mais même dangereuses.

D'après Grammatikati, le nombre d'injections nécessaires pour obtenir des résultats varie de 30-40 à 70; or, c'est là un fait important : les injections amenant la ménopause temporaire, elles peuvent, chez des femmes jeunes, aboutir à l'atrophie des ovaires, ce qui serait un résultat piteux et nullement désirable.

Mme El.

F.-B. Boukoïemsky. — **Contribution au curettage de la cavité utérine dans un service de polyclinique.**— (*Wratsch.*, 1901, *n°* 39.)

Au courant de l'année 1900, Boukoïemsky a reçu dans son service de polyclinique 5593 malades et a pratiqué 154 curettages. Dans 116 cas, on avait affaire à une endométrite fongueuse ou à une endométrite post abortum. Chez les 35 autres malades, il s'agissait d'un avortement récent et enfin chez 3 d'entre elles on a fait le curettage dans un but diagnostique.

Sur les 116 cas d'endométrite, on a obtenu une guérison complète dans 102. Dans 14 cas il y avait encore de légères hémorragies qui ont demandé un traitement supplémentaire par injection intra-utérine d'une solution d'iodo-alumnol.

On a fait le curettage non seulement dans les formes pures d'endométrite, mais aussi pour les annexites peu graves, pour les salpingites interstitielles où la trompe ne dépassait pas en épaisseur celle du petit doigt et où l'ovaire avait le volume d'un œuf de pigeon.

La technique opératoire était la suivante : La malade atteinte d'une endométrite était préparée la veille par l'introduction de mèches de gaze iodoformée dans la cavité utérine. Le lendemain, immédiatement après le curettage, on pratiquait une injection intra-utérine de 3 ou 4 litres d'une solution chaude de formaline à 2 0/0 suivie d'une instillation de 2 grammes de solution alumnolo-iodée de Grammatikati. Après l'écoulement de la solution, on faisait le tamponnement de la cavité vaginale seule, sans tamponnement de la cavité utérine, pour ne pas entraver les contractions de l'utérus.

L'opération terminée, on administrait à la malade 50 centigrammes à 1 gramme de poudre d'ergot de seigle et on la laissait au lit pendant 3 heures avec un sac de glace sur l'hypogastre. On lui recommandait de garder chez elle le repos pendant 3 ou 4 jours et de venir le 5e jour à la consultation.

Boukoïemsky est très satisfait des résultats obtenus, car sa statistique lui donne 87,4 0/0 de succès, tandis que la statistique d'Abeille

ne montre que 70 0/0 de guérisons. Bouilly, sur 69 cas de curettage, n'a eu que 39 guérisons, Terrillon 36 guérisons sur 63 cas, Richelot 53 guérisons sur 70 cas. Les résultats sont meilleurs dans la clinique de Bâle où la statistique de 1895 donne 83 0/0 de guérisons.

Mme El.

Otto Kustner. — **Le principe de l'incision médiane de l'utérus et son utilité dans les procédés opératoires.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 2 *novembre* 1901, *n°* 44.)

L'incision médiane totale ou partielle de l'utérus a été conseillée par divers auteurs : par Döderlein dans l'hystérectomie vaginale totale, par Krönig dans la myotomie abdominale, par l'auteur lui-même dans l'opération conservatrice de l'inversion, dans les mêmes cas par Westermark-Borelius et Kebrev.

Le but spécial de cette incision est de mobiliser l'utérus, soit qu'il s'agisse de faire passer chaque moitié de l'organe à travers un orifice étroit par lequel l'organe entier avec ses dépendances n'aurait pu passer, soit qu'il s'agisse de se créer un accès vers les vaisseaux spermatiques et utérins. D'autres applications du même principe peuvent être avantageuses.

Quand on opère par l'abdomen un gros myome interstitiel, dépassant l'ombilic, on peut arrêter l'incision de la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic, puis on incise le myome profondément de façon à pénétrer à travers la capsule à quelques centimètres dans le myome. A l'aide de pinces enfoncées dans l'une des lèvres de la plaie, on peut amener successivement chaque moitié de l'utérus au dehors. Peu importe qu'après ou avant d'avoir attiré l'utérus au devant de la paroi, on se procure d'autres avantages techniques en faisant l'énucléation partielle ou totale du myome ou que, suivant Krönig, on sectionne complètement l'utérus pour faciliter l'extirpation totale.

Dans les cas où l'auteur, renonçant exceptionnellement à la voie abdominale, a fait la vagino-fixation pour prolapsus ou rétro-flexion, il a jugé que l'hémisection médiane de l'utérus pouvait encore être bonne. Après ouverture de la poche vésico-utérine, on incise l'utérus encore retenu en haut par ses adhérences, sans cependant traverser toute la paroi ; mais, exactement au milieu, on saisit avec une pince à griffes une des lèvres de la plaie : l'utérus devient ainsi plus mobile, l'index gauche arrive facilement au-dessus de la pince, et rompt des adhérences utérines. On prolonge l'incision par en haut et on continue avec l'index à libérer l'utérus. On peut même amener l'utérus avec ses adhérences dans le vagin et le libérer avec les ciseaux ou le Paquelin. On peut encore amener dans le vagin les insertions utérines des annexes, ce qui permet de les décoller. On suture la plaie utérine au catgut, ou, si elle est courte et peu profonde, on peut prendre dans les fils qui servent à fixer l'utérus.

L'opérateur doit naturellement s'abstenir de rompre des adhérences qui pourraient amener des lésions intestinales ou des hémorragies graves que la colpotomie ne permettrait pas d'arrêter avec sûreté.

M. B.

N. M. KAKOUSHKINE. — **Castration dans les fibromes utérins.** — (*Société d'Obstétr. et de Gynéc. de Saint-Pétersbourg, séance du 20 septembre* 1901.)

Après s'être arrêté sur l'historique de la question, l'auteur donne la statistique de 103 cas de castration pour fibromes pratiquée en Russie.

L'âge moyen des malades est de 40 ans. La durée de l'affection est de 5 à 6 ans. Les symptômes sont : les douleurs, les métrorrhagies, la compression de la vessie et du rectum, les pertes blanches, la présence d'une tumeur abdominale. Avant la castration, d'autres moyens ont été employés, tels que le curettage, l'électrisation, etc., mais sans résultat aucun.

En général la tumeur remontait jusqu'à l'ombilic; il y en avait des interstitielles, des sous-péritonéales, mais presque pas de sous-muqueuses.

Au cours de l'opération on enlevait en même temps les trompes et les ovaires. Dans 10 p. 100 des cas, les ovaires n'ont pu être enlevés en totalité à cause des difficultés techniques. Il y avait des cas où les ovaires ne pouvaient pas être retrouvés. La durée de l'opération varia de dix minutes à deux heures. Les malades étaient ensuite suivies de 1 mois à 7 ans, en moyenne 4 ans 1/2.

L'influence de la castration se faisait sentir parfois très rapidement : au bout de 15 jours (Lebedev), de 25 jours (Slaviansky), de 1 mois (Ott).

La mortalité était de 6,6 p. 100. La statistique antérieure de Zavarikine, sur 300 cas, a montré une mortalité de 9 p. 100, celle d'Olshausen sur 900, une mortalité de 8,5 p. 100. Dans l'hystérectomie sus-vaginale, la mortalité, d'après Martin, est de 5 à 6 p. 100.

Causes de la mort : péritonite septique, hémorragie consécutive à l'opération (par suite des difficultés de formation de pédicule), embolies, paralysie du cœur. Sur les 103 cas réunis par l'auteur, la diminution du volume de la tumeur a été observée dans 72 p. 100 de cas; elle est restée stationnaire dans 25 p. 100 et a augmenté de volume dans 3 p. 100 de cas.

Les phénomènes douloureux ont disparu dans 40 p. 100 des cas, diminué dans 35 p. 100 et sont restés stationnaires dans 25 p. 100 de cas. Quant à la douleur proprement dite (?) elle n'a disparu que dans 35 p. 100 des cas Dans quelques cas même elle s'est aggravée par suite des conditions nouvelles créées par l'opération.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la valeur de l'opération. Les uns, comme Hegar, Fehling, Lebedev, lui attribuent une valeur curative incontestable et la considèrent comme l'opération de choix. Les autres, comme Schauta, Winterniz et autres, sans nier sa valeur, n'y ont cependant recours que dans les cas où l'extirpation du fibrome lui-même est impossible à cause des difficultés techniques. Les autres enfin, tels que Beigel, Spiegelberg, Ott, Fenomenov, etc., n'accordent aucune valeur à la castration et la rayent du cadre des opérations pour fibromes. Kakoushkine se range à l'avis de ces derniers auteurs.

Mme EL.

SCHENK (F.). — **Sur les résultats éloignés de la myomotomie (amputation supra-vaginale) et de l'opération radicale faite sur les annexes par la voie abdominale.** — (*Arch. f. Gynäk. Berl.*, 1901.)

L'auteur, pour établir sa statistique, prend les cas observés dans ces vingt à trente dernières années. — I. Résultats éloignés de la myomotomie avec traitement rétropéritonéal du pédicule. L'auteur résume 74 observations de femmes dont les plus jeunes avaient 28 ans et les plus âgées 57 ans : 64 femmes se marièrent, mais 16 restèrent stériles 25 % ; dans 64 cas, la guérison survint tout simplement ; dans les autres, il y eut, après l'opération, quelques élévations de température jusqu'à 38°. Sur 52 malades que l'auteur a revues longtemps après l'opération (de dix mois à huit ans passés), 49 se sont déclarées satisfaites, une seule ne l'a pas été, et deux n'ont donné aucune appréciation. En résumé, en tenant compte également des résultats obtenus par les différents auteurs, l'auteur déclare que les résultats sont très favorables. — II. Résultats éloignés de l'opération radicale, par la voie abdominale, dans les affections inflammatoires des annexes. L'auteur résume les observations des 37 cas qu'il a observés ; il ne put connaître les résultats éloignés que dans 31 cas ; et la proportion des guérisons ou des améliorations notables est de 50,9 %. Enfin, il cite les résultats obtenus par différents auteurs.

J. BLAND-SUTTON. — **Comparaison entre deux cas d'hystérectomie, l'un durant la grossesse, l'autre durant la puerpéralité.** — (*The Lancet, 4 janvier 1902.*)

A « Middlesex Hospital », M. J. Bland-Sutton eut l'occasion de faire l'hystérectomie abdominale dans deux conditions toutes particulières.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 28 ans, qui portait, dans la fosse iliaque droite, une tumeur arrondie, de la grosseur du poing, et dans le bassin, à gauche du col utérin, une seconde tumeur, de forme régulière, beaucoup plus grosse. Cette tumeur était douloureuse et comprimait le rectum. Les règles de cette femme ne furent jamais très abondantes, mais cessèrent, il y a trois mois.

Le diagnostic posé fut : fibrome compliquant une grossesse ordinaire.

M. Bland-Sutton, craignant que la présence de cette tumeur fibreuse ne provoquât quelque avortement, et peut-être, dans la suite, quelque infection, conseilla l'opération et pratiqua, avec succès l'hystérectomie supra-vaginale, tout en conservant à gauche les annexes, qui étaient saines.

A l'opération, on découvrit une grosse tumeur, incluse dans le petit bassin et dépendant de la face antérieure de l'utérus. La seconde tumeur, formée par la paroi postérieure de l'organe, occupait la fosse iliaque droite. L'hypogastre était rempli par l'utérus gravide, fléchi sur son col à angle aigu.

A l'examen de la pièce, après extirpation, on constatait que l'utérus, sur son axe sagittal (antéro-postérieur) mesurait 20 centimètres, et que, par conséquent, cet organe avait dû se fléchir sur lui-même, pour s'accommoder aux dimensions du bassin, dont les diamètres conjugués avaient tout au plus 10 centimètres.

A la section, cette tumeur présentait des stries irrégulières, d'un rouge sombre; ces stries étaient beaucoup plus nette dans la grosse tumeur qui avait subi la transformation myxomateuse.

Le second cas se rapporte à une femme de 36 ans, qui, il y a deux ans, présentait un petit fibrome, de la grosseur d'un œuf de dinde. A la fin de l'année 1900, elle devint enceinte, et accoucha en juillet 1901. Quelques jours après cet accouchement, elle fut prise de douleurs très aiguës et de pertes de sang irrégulières qui persistèrent trois semaines, en devenant de plus en plus abondantes. M. Bland-Sutton jugea bon d'intervenir et fit une hystérectomie abdominale, avec ablation, de part et d'autre, des annexes qui étaient remplies de pus.

Cinq semaines après l'opération, la malade quittait l'hôpital.

A la section, cette tumeur, qui était molle et surtout diffluente, avait une coloration acajou. A l'examen microscopique, elle présenta la structure typique du fibro-myome, tacheté de pigment sanguin dans son épaisseur.

M. Bland-Sutton, en rapportant ces deux observations, insiste sur la coloration particulière qu'acquiert le fibrome durant la grossesse. En général la teinte blanc sale ou jaune très pâle est caractéristique du fibro-myome. Durant la gestation, cette teinte devient rouge sombre ou couleur acajou, se répartissant en stries, si la grossesse est à son début ou bien, si celle-ci est à une période avancée, colorant toute sa masse.

De plus, l'auteur rappelle que, d'ordinaire, les fibromes sont indolents, et pose l'axiome suivant : « *Toutes les fois qu'un fibro-myome devient douloureux, c'est signe que la tumeur subit une transformation secondaire ou que quelque complication est survenue dans le petit bassin.* »

G. KLEIN (München). — **Extirpation abdominale d'un carcinome récidivé en trois quarts d'année après une hystérectomie vaginale totale.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 12 *octobre* 1901, *n°* 41.)

Femme de 27 ans, IV-pare, ayant subi, le 10 octobre 1899, l'extirpation vaginale totale de l'utérus sans les annexes, pour cancroïde volumineux du col. Le paramétrium gauche était suspect de début de métastase; les ovaires et les trompes n'étaient pas malades macroscopiquement; ces organes furent laissés à cause du jeune âge de la malade.

Huit mois après l'opération, on trouve un noyau gros comme un haricot à l'angle gauche de la plaie vaginale, près de ce qui restait du parametrium. On essaye vainement de le libérer et de le détacher de la profondeur; la malade refuse l'opération abdominale.

Elle revient environ un an après. Au-dessus du cul-de-sac vaginal gauche on trouve une résistance du volume d'une châtaigne, adhérente à la cicatrice vaginale qui, elle, est lisse. Etat général bon, bien que la malade ne se sente pas bien.

Le 3 août 1901, on fait l'extirpation abdominale des métastases du paramétrium, de l'épiploon et de la paroi vésicale.

Après ouverture de l'abdomen, on trouve l'épiploon adhérent par son bord libre au pédicule péritonéal et renfermant deux noyaux cancéreux, chacun gros comme une châtaigne, l'un immédiatement près du bord adhérent, l'autre à deux doigts de distance. La vessie contenait

un troisième noyau gros comme une cerise, siégeant au niveau de la partie gauche du tissu vésico-paramétral.

Sur la partie saine de l'épiploon on fit une ligature au catgut et on sectionna; puis on mit à nu les uretères depuis la ligne innominée dans le petit bassin, mais on les laissa en place, pour éviter la nécrose. Puis, à l'aide de ciseaux on enleva le noyau vésico-paramétral de la paroi vésicale, dont il ne resta plus en ce point que la muqueuse. En cas de besoin on aurait enlevé toute la paroi avec la muqueuse et dans ce but on avait soigneusement vidé la vessie et nettoyé avec une solution de permanganate de potasse. Mais comme la muqueuse n'était pas infiltrée, ni suspecte, on ne la réséqua pas.

Le plus difficile était de mettre à nu l'uretère gauche sous le noyau paramétral. L'uretère n'étant pas entouré par le carcinome, il n'y avait pas lieu d'en réséquer une portion.

Puis vint la libération de la partie supérieure du vagin, et finalement le lambeau d'épiploon, les ovaires, les trompes, le parametrium jusqu'à la paroi pelvienne et le tiers supérieur du vagin purent être enlevés en une fois.

Les bords du vagin furent rapprochés à l'aide de sutures à points isolés. On ne trouva pas de métastase ganglionnaire le long des uretères, ni des gros vaisseaux mis à nu sur les parois pelviennes postérieure et latérales. Les lambeaux de péritoine de chaque côté furent suturés au catgut et le péritoine de la paroi vésicale suturé à celui de la paroi pelvienne postérieure par-dessus la gaze iodoformée, qui se trouvait ainsi aller du canal vaginal à l'espace rétropéritonéal du petit bassin.

Les suites opératoires furent parfaites. M. B.

WILHELM ROSENFELD (Wien). — **De l'emploi du pessaire dans le prolapsus de l'utérus et du vagin.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 7 *décembre* 1901, *n°* 49.)

Après essais infructueux des différents pessaires, même les plus grands, chez une femme de 64 ans atteinte de prolapsus avec cysto et rectocèle, refusant d'être opérée, l'auteur vit avec surprise que tous les organes restaient en place, quand il eut appliqué un pessaire ayant exactement la forme d'un entonnoir dont la partie évasée, ayant 5 centimètres de diamètre, supportait le col.

Voici comment l'auteur explique que ce pessaire restait en place alors qu'auparavant de plus grands pessaires étaient expulsés.

Quand le pessaire en entonnoir est appliqué, les parois du vagin viennent se loger dans l'angle formé par l'entonnoir et son embouchure et de ce fait déjà arrêtent le pessaire dans sa descente. Sous l'influence de la pression abdominale, la paroi vaginale antérieure est poussée contre l'embouchure de l'entonnoir, la tige du pessaire est portée en arrière, son extrémité contre le rectum et la région périnéale postérieure. A ce niveau se trouvent des fibres du releveur de l'anus (muscle pubococcygien, muscle rectococcygien) qui servent de point d'appui à la tige et obligent la partie évasée du pessaire a rester élevée au lieu d'être poussée vers le point de moindre résistance, c.-à-d. la vulve.

M. B.

S. ALEXANDROV. — **Traitement opératoire du prolapsus utérin.** — (*Meditzinkoïé Obozr., septembre* 1901.)

Le procédé proposé par l'auteur et qui, de prime abord, ressemble un peu à celui de Wertheim, est le suivant :

L'utérus étant bien abaissé, on taille, à 2, 3 centimètres du méat, un lambeau semi-ovalaire comprenant toute la paroi antérieure du vagin et dont la limite inférieure, transversale, se trouve sur le col. On décolle ensuite la paroi vésicale de la paroi utérine, et l'on détruit leurs adhérences possibles jusqu'au repli péritonéal vésico-utérin. On introduit un speculum qui isole la vessie et met à nu le repli séreux qu'on saisit avec une pince et qu'on incise. On amène au dehors le fond de l'utérus à l'aide des pinces Museux par l'espace de Douglas ouvert. On tend la séreuse de cet espace au maximum et on enlève aux ciseaux le surplus ; après quoi on suture les bords de la séreuse coupée aux parties latérales et postérieures de l'utérus aussi bas que possible. L'utérus se trouve alors en dehors du péritoine ; son fond et son corps sont alors placés dans la loge, mise à nu, de la paroi vaginale antérieure où on les fixe à l'aide de fils de suture séparés qui serrent ce qui reste des parois du vagin. Les trompes et les parois latérales de l'utérus sont couvertes par la muqueuse vaginale et seule une partie de sa paroi antérieure est dénudée. Par conséquent, le fond et le corps remplacent la paroi antérieure du vagin et le col vient s'appuyer contre le cul-de-sac postérieur qu'il soulève comme le ferait un pessaire, et il s'oppose ainsi à l'action de la pression intra-abdominale ; s'il y a lieu, on termine par une colpopérinéorraphie.

Il va de soi que cette opération n'est possible que chez les femmes qui sont à la ménaupause.

Elle est presque exsangue ; elle ne présente aucun danger pour la malade, étant presque complètement extrapéritonéale. On pourrait la désigner comme une *fixation vaginale extrapéritonéale de l'utérus*.

L'auteur a recouru à ce mode opératoire dans 6 cas et a obtenu de très bons résultats.

M[me] EL.

P. HERZEN. — **Traitement chirurgical des prolapsus du rectum, de l'utérus et du vagin.** — (*Société médicale de l'hôpital Staro-Ekaterininsky de Moscou*, 21 *septembre* 1901.)

Dans un cas de prolapsus grave du rectum, de l'utérus et du vagin, avec véritable effondrement du périnée, chez une jeune multipare, l'auteur a recouru, avec succès, au procédé de Jeannel qu'il considère comme plus rationnel que celui de Mikulicz.

La paroi abdominale et le péritoine incisés depuis l'ombilic et jusqu'à 2 centimètres du pubis, on ramena le rectum vers la plaie et on le sutura à la partie supérieure de l'anse sigmoïde ; cette fixation fut faite non seulement à l'aide des sutures de Lembert, mais encore par un surjet en soie fine, traversant la musculeuse et la sous-muqueuse, afin d'obtenir une union plus parfaite. On remonta ensuite l'utérus, qu'on fixa à la paroi abdominale. Ensuite la partie de l'anse sigmoïde, que la fixation du rectum éliminait de la circulation intestinale, fut fixée à 4 centimètres au-dessus de l'utérus, à l'aide de quatre points intéressant

la paroi intestinale, le péritoine pariétal et le fascia. En même temps on libéra le sac de la hernie ombilicale dont était affligée la malade et on ferma l'orifice. Suture de la paroi abdominale.

Suites opératoires bonnes; réunion par première intention.

L'opérée a quitté l'hôpital six semaines plus tard; il n'y avait pas de prolapsus du rectum, mais le périnée bombait pendant les efforts.

Mme El.

D. Tod Gillian. — **De la ventrofixation de l'utérus au moyen des ligaments ronds. Technique perfectionnée.** — (*The New-York medical Journal*, 4 *janvier* 1902.)

Tout d'abord, l'auteur expose cette règle que l'utérus est un organe mobile qu'on ne peut fixer, dans quelque position que ce soit, sans porter préjudice à cet organe lui-même ou aux viscères qui lui sont contigus.

En effet, normalement, la situation de la matrice varie, suivant l'état de réplétion ou de vacuité de la vessie et du rectum, suivant le rythme du mouvement respiratoire, et suivant les différents modes de motilité du corps.

De plus, l'utérus, à cause de ses fonctions de grossesse et d'accouchement auxquelles il est destiné, risque, toutes les fois qu'il subit quelque déplacement pathologique, de ne pouvoir accomplir intégralement son rôle. Ses dimensions ne restent plus proportionnées au développement de son produit et, très souvent, l'avortement a lieu.

Cependant, il arrive que, dans certaines conditions, lorsque, par exemple, la matrice tombe en rétroversion ou en prolapsus, il y a nécessité de faire ce que l'on appelle la *suspension* de l'utérus. Cette dénomination, par elle-même, est mauvaise, car la *suspension* de la matrice est chose aussi irrationnelle qu'impraticable. Il suffit, en effet, de se rappeler quelle est la situation anatomique de l'utérus et de ses ligaments. Les ligaments, étant tous sur le même plan que l'utérus, à l'état de complet relâchement, ne peuvent réellement jouer le rôle de liens de *suspension*, si ce n'est lorsqu'ils parviennent à se tendre sous l'influence de quelque cause pathologique. Deux forces, seulement, maintiennent la matrice dans sa situation normale : d'un côté, la pression intra-abdominale et, de l'autre, l'action compressive de la paroi abdominale. La pression intra-abdominale, pour être effective, doit s'exercer sur la surface postérieure de l'utérus, sur cette surface même où viennent prendre insertion les ligaments ronds. Ces petits cordons, comme tous les autres ligaments de la matrice, sont toujours relâchés, et permettent, dans une certaine mesure, d'avant en arrière et d'arrière en avant, les mouvements de bascule de l'utérus. C'est sur ces ligaments ronds qu'il faudra agir, quand l'utérus est tombé en rétroversion, car, seuls, ils peuvent ramener cet organe dans une situation telle que la surface postérieure de la matrice supportera le poids des intestins. Alexander avait bien remarqué ce fait et créa l'opération qui porte son nom. Il fit le raccourcissement des ligaments ronds à leur sortie du canal inguinal. Mais cette technique opératoire est difficile et non exempte de plusieurs reproches. Aussi, M. Gillian propose-t-il simplement la fixation de chaque ligament rond à la paroi interne de l'abdo-

men, de manière à constituer une sorte d'ancrage (*anchorage*) suivant sa propre expression.

Voici comment procède l'auteur :

M. Gillian fait une incision abdominale de 6 à 8 centimètres de longueur, sur la ligne médiane, entre l'ombilic et le pubis. Puis, mettant à découvert l'un des ligaments ronds, amène ce ligament dans la plaie, de façon à pouvoir en traverser la face inférieure avec un fil dont les extrémités sont fixées par un clamp. Faisant alors passer le ligament rond dans une petite ouverture pratiquée obliquement en bas et en dehors, à travers le fascia aponévrotique et la couche musculaire, M. Gillian fait surgir ce cordon à 2 centimètres de l'un des bords de l'incision abdominale. Enfin, au moyen du fil que retenaient les mors de la pince, une nouvelle traction est exercée sur le ligament, de telle sorte que celui-ci remonte jusqu'au fascia aponévrotique, où il est fixé, sur une étendue de 5 à 6 millimètres, par quelques points de suture.

L'auteur fait remarquer que, par ce procédé, l'utérus ne se trouve pas suspendu et que, même après la grossesse ou les accouchements, les résultats demeurent très satisfaisants.

EBERLIN (A.). — **Opération d'Alquié-Alexander-Adams dans les rétrodéplacements et les prolapsus de l'utérus.** — (*Meditzinskoïé Obozrenié, juin* 1901.)

En Russie, l'opération d'Alquié-Alexander est surtout pratiquée par les professeurs V.-F. Snieghiriev et A.-F. Goubariev, de Moscou, par Khalafov et Savinov, à l'hôpital Scheremetevsky (Moscou), et par Eberlin, à l'hôpital Galitzinsky. Tous ces chirurgiens opèrent suivant la modification la plus récente de cette opération, c'est-à-dire avec ouverture du canal inguinal, et sont très satisfaits des résultats obtenus.

Eberlin a eu l'occasion d'opérer par ce procédé 15 malades atteintes de rétroflexion avec rétroversion, et 9 malades atteintes de prolapsus de l'utérus. Toutes ces malades avaient subi antérieurement des traitements variés : massage, pessaire, curettage, section du col, etc., mais n'ont ressenti aucun soulagement. Chez 22 d'entre elles, les suites de l'opération d'Alexander-Adams furent bonnes : chez 2 il y avait une légère suppuration. Toutes sont guéries.

L'auteur a pu suivre ces malades de 5 mois à 4 ans. Chez toutes, l'opération d'Alquié-Alexander-Adams a donné d'excellents résultats : tous les symptômes morbides ont disparu : 5 de ces malades sont devenues enceintes, 1 a eu un avortement par suite d'une intoxication, les 4 autres ont accouché à terme d'enfants vivants. Les accouchements furent parfaitement normaux, sans intervention aucune; plusieurs mois après l'accouchement, l'utérus était en position normale.

Pour avoir des résultats favorables, il faut ouvrir le canal inguinal, isoler le ligament rond près de l'orifice interne de ce canal, le séparer du fascia transversalis, écarter ou sectionner le péritoine pariétal, attirer le ligament rond au dehors jusqu'à ce que la position de l'utérus soit corrigée, puis suturer soigneusement le canal inguinal, suivant le procédé de Bassini. Il y a trois voies pour aller à la recherche du ligament rond. On peut mettre à nu l'orifice externe du canal inguinal et de là ouvrir tout le canal jusqu'à l'orifice interne. On peut, sans chercher l'orifice externe, se guider sur le ligament de Fallope, faire l'inci-

sion le long de son bord supérieur et isoler le ligament rond de la gouttière que forme la face supérieure du ligament de Fallope. Enfin on peut ouvrir le canal inguinal près de son orifice interne.

Eberlin conclut que de toutes les opérations recommandées pour le traitement des rétrodéviations et des prolapsus de l'utérus, le raccourcissement des ligaments ronds dans le canal inguinal est l'opération la plus rationnelle, la moins dangereuse, la plus efficace. Si la technique est bien faite, l'opération réussit toujours. Elle ne provoque aucune complication et n'amène point d'obstacle aux grossesses et accouchements ultérieurs ; de leur côté, la grossesse et l'accouchement ne détruisent pas les bons effets de l'opération. Si la technique a été régulière et la suture bien faite, les hernies ne sont pas à craindre. La séparation minutieuse du ligament rond d'avec le prolongement péritonéal qui l'accompagne au niveau de l'orifice interne du canal inguinal est très importante pour les bons résultats de l'opération et pour prévenir la formation des hernies.

Mme El.

PINCUS. — **Traitement conservatif des lésions inflammatoires péri-utérines.** — (*Przeg. Lekarski*, 1901, *n^os* 10, 11, *et* 12, *in Vratshebnaïa Gazetta*, 1901, *n°* 35.)

Dans les derniers temps, le traitement conservateur des lésions inflammatoires péri-utérines entre de plus en plus en faveur, car l'intervention chirurgicale donne un pourcentage de mortalité de 5,7 p. 100 en cas de laparotomie et de 4,49 p. 100, en cas d'intervention par voie vaginale (Jacobs). Les résultats définitifs ne donnent que 85 p. 100 d'amélioration plus ou moins notable (Veit).

Parlant du traitement mécanique de ces lésions, l'auteur cite la méthode de Thure-Brandt et ses modifications : le massage avec élongation (Chrobak), le massage périodique (Saenger), le procédé d'Auvard et enfin le procédé de Freund. La modification que l'auteur a apportée à ce procédé consiste en l'emploi d'un plan incliné jusqu'à 30° en élevant le pieds antérieurs du lit.

Les indications à ce mode de traitement sont : les exsudats péri et paramétritiques dans la période apyrétique, les reliquats cicatriciels avec déviation utérine, surtout en arrière (paramétrite postérieure de Schulze), les annexites subaiguës et chroniques. La mécanothérapie est rarement restée sans résultats ou était mal supportée ; toutefois, dans les lésions blennorrhagiques, les résultats sont moins favorables. Dans les salpingo-ovarites, où le traitement, tout en étant bien supporté, n'a pas donné de résultats favorables, il y avait le plus souvent un petit abcès qui demandait une intervention opératoire. L'auteur cite plusieurs observations à l'appui de ces assertions.

Mme EL.

FRUZZI (Estore). — **Contribution à l'étude de la technique opératoire dans les annexectomies unilatérales.** — *Atti d. Soc. ital. di Ostet. e Ginec.*, 1899, *Roma*, 1900, *VII*, 100-147.

Conclusions : 1° la méthode d'excision sans ligature préventive (préconisée par Kelly, Krug, Dumming et d'autres américains et en France par Delbet); 2° l'excision des annexes avec le thermo ou le galvano-

cautère d'après Keith, modernisée y ajoutant la ligature isolée des vaisseaux au moment même de l'ablation des annexes; 3° l'énucléation du pyosalpinx (selon Dudlay, Stinson et d'autres), du ligament large avec excision simultanée de l'ovaire (analogue au procédé de Miner pour l'extirpation des kystes ovariques intra-ligamentaires), sont trois procédés rivaux aujourd'hui. De ces trois procédés, l'ablation des annexes sans ligature préventive correspond le mieux aux indications, pour toute la grande famille des salpingites chroniques catarrhales, avec ou sans lésions chroniques de l'ovaire. L'auteur emploie la technique suivante. La femme placée en position gynécologique, il pratique avec diligence le curettage de l'endomètre. La patiente mise ensuite en position de Trendelenburg, on ouvre l'abdomen, libère les annexes des adhérences éventuelles, pratique sans aucune ligature préventive la section du ligament large, au-dessous des annexes, de l'infundibulum pelvien vers l'utérus, tandis qu'un assistant avec des pinces hémostatiques pince isolément l'artère ovarienne, les branches utérines et quelques grosses veines. Parvenu à la trompe, il enlève, grâce à une incision cunéiforme (d'après Schauta) la partie isthmique en ayant soin de couper avec le bistouri un des deux lambeaux plus long que l'autre, de manière à ce que, repliant le plus long sur le plus court, la ligne d'affrontement ne corresponde pas à la lumière utéro-tubaire. On note ainsi des avantages analogues à ceux qu'on obtient par le traitement rétro-péritonéal du pédicule dans le myomectomie d'après Chrobak. On lie isolément les vaisseaux pincés dans le ligament large, et on termine d'habitude l'opération par une hystéropexie. Pour augmenter les probabilités de guérison définitive des opérées d'annexectomie unilatérale, il faut absolument abandonner l'emploi des ligatures en masse et en chaîne, la faire précéder, dans la même séance, du curettage utérin, et procéder à la laparotomie dans les cas ordinaires, sans ligature préventive du ligament large; faire la ligature des vaisseaux isolément, suturer à la Lembert les bords de la plaie, exciser et suturer avec deux lambeaux de grandeurs inégales la portion isthmique de la corne utérine correspondante. Dans les cas de pyovario-salpinx, à contenu, supposé virulent, il faut employer la méthode Baker-Brown et de Keith, exciser les annexes avec le cautère, et faire, en plus, la ligature des vaisseaux isolés.

Mme Sandberg-Debelé. — **Méthode de Brandt dans les affections génitales de la femme.** — (*Wratsch*, 1901, nos 20, 21 et 22.)

Pour vérifier les résultats si contradictoires des auteurs sur la méthode de Thure-Brandt, l'auteur a eu recours à ce procédé dans une série de cas très variés. Les résultats qu'elle a obtenus sont très satisfaisants. En dehors de l'amélioration locale, on observe une amélioration notable dans l'état général des malades, la disparition des douleurs et des métrorrhagies. L'auteur croit que la méthode de Brandt a pour effet spécial la régularisation de la circulation.

Mme El.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VULVE ET VAGIN

Breton. — **Obstruction** complète du **vagin** et du méat urinaire par une tumeur kystique chez un nouveau-né. Abouchement anormal de l'anus dans la **vulve.** (Echo méd. du Nord, 9 fév. 1902.)

Williams. — **Cancer du vagin.** (Med. Record, 30 nov. 1901.)

Delépine. — Deux cas de thrombus de la **vulve et du vagin.** (Journ. des Scienc. méd. de Lille, 21 déc. 1901.)

Martin. — **Esthiomène éléphantiasique** de la **vulve** et lupus ulcéreux serpigineux des cuisses. (Rev. méd. de Normandie, 25 déc. 1901.)

Derocque et *Dheilly.* — **Cloisonnement transversal** incomplet du **vagin,** d'origine congénitale. (Rev. méd. de Normandie, 25 déc. 1901.

Sharp. — Un cas de **vagin double.** (Lancet, 25 janv. 1902.)

Derocque. — Présentation d'un **pessaire** ayant séjourné 18 ans dans le **vagin.** (Soc. de Méd. de Rouen, 13 janv. 1902; in Normandie méd., 1er fév. 1902.)

Walter. — **Papillome récidivant** du **vagin.** (North of England obst. and gyn. soc., 17 janv. 1902; in Brit. med. Journ., 1er fév. 1902.)

Marion. — Les **kystes** du **vagin.** (Gaz. des hôp., 1er fév. 1902.)

Macnaughton-Jones. — **Sarcome primitif** du **vagin.** (Lancet, 15 fév. 1902.)

UTÉRUS

Franqué. — **Abcès** de l'**utérus** et **métrite disséquante.** (Volkmann-hefte 316, oct. 1901.)

Delbet. — **Hématométrie** unilatérale dans un **utérus** didelphe. (Soc. d'Obst., Gyn. et Péd. de Paris, 13 janv. 1902; in Presse méd., 29 janv. 1902.)

Magniaux. — Présentation d'un **utérus bicorne.** (Soc. de Méd. de Rouen, 13 janv. 1902; in Normandie méd., 1er fév. 1902.)

Girod. — **Malformation utérine.** (Soc. anat., 6 déc. 1901, in Presse méd., 18 déc. 1901.) Discus. M. Marie.

Ferouelle. — Le **chancre syphilitique** du col de l'**utérus,** cause de dystocie. Etude clinique et traitement. (Thèse de Paris, 13 fév. 1902.)

Fothergill. — **Dysménorrhée membraneuse.** (North of England obs. and, gyn. soc., 17 janv. 1902, in Brit. méd. Journ. 1er fév. 1902.)

Walter. — **Fibromyome** de l'**utérus.** (North of Engl. obst. and gyn. soc. 17 janv. 1902 in Brit. med. Journ. 1er fév. 1902.)

Augier. — Un cas de **lithiase de la cavité utérine**. (Soc. des sc. méd. de Lille, 22 jan. 1902, in Journ. des Sc. méd. de Lille, 1er fév. 1902.)

Haie. — **Fibrome utérin**. (Soc. des Scienc. méd. de Lyon, nov. 1901; in Echo méd. de Lyon, 15 déc. 1901.)

Colombe de la Volpilière (de la). De la **dégénérescence** épithéliale secondaire de l'**utérus**. (Thèse de Paris, 24 déc. 1901 ; in Presse méd., 18 déc. 1901.)

Travers. — **Fibromyome** simulant une **appendicite** et causant de l'obstruction intestinale. (Brit. gyn. Soc., 10 oct. 1901 ; in Brit. gyn. journ., nov. 1901.)

Bowreman Jessett. — Quelques **complications** qui existent parfois concurremment avec un **fibromyome** de l'**utérus**. (Brit. gyn. journ., nov. 1901.)

Bishop. — **Modifications** que fait subir à l'**endométrium** de l'**utérus** la présence de **fibromyomes**. (Brit. gyn. Soc., 14 déc. 1901 ; in Lancet, 21 déc. 1901.)

Hamilton Williams. — **Inversion** de l'**utérus**. (Brit. med. Journ., 28 déc. 1901.)

Berthier et *Mouchotte*. — **Tumeur** fibreuse de l'**utérus**. (Soc. anat., 20 déc. 1901 ; in Gaz. hebd. de Méd. et Chir., 2 janv. 1902.)

Berthier et *Mouchotte*. — **Polype** de l'**utérus**. (Soc. anat., 20 déc. 1901; in Gaz. hebd. de Méd. et de Chir., 2 janv. 1902.)

Oui. — **Fibrome** de l'**utérus**. (Soc. cent. de Méd. du dép. du Nord, 27 déc. 1901 ; in Echo méd. du Nord, 12 janv. 1902.)

Cullingworth. — Analyse de 100 cas de **fibromyomes utérins**. (Journ. of Obs. and Gyn. of the Brit. Emp., janv. 1902.)

Faucon. — **Epithélioma** de l'**utérus**. (Soc. anat. chir. de Lille, 27 déc. 1901 ; in Nord méd., 15 janv. 1902.)

Walther. — **Fibrome** et **cancer** de l'**utérus**. (Soc. de Chir., 15 janv. 1902; in Presse méd., 18 janv. 1902.)

Bernex. — **Fibromes** calcifiés de l'**utérus** découverts à l'autopsie chez une femme de 78 ans. (Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux, 18 nov. 1901 ; in Journ. de Méd. de Bordeaux, 26 janv. 1902, disc. de M. Boursier.)

Capdepon et *Duvergey*. — **Productions fibromateuses** multiples de l'**utérus**. (Soct. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux, 18 nov 1901; in Journ. de Méd. de Bordeaux, 26 janv. 1902.)

Peyrot. — **Gangrène** des **fibromes utérins**. (Discuss. MM. Michaux, Quénu, Bouilly, Hartmann. (Soc. de chir., 24 janv. 1902; in Presse méd., 25 janv. 1902.)

Pozzi. — Présentation d'une série de pièces de **tumeurs fibrokystiques** de l'**utérus**. (Soc. d'Obst., Gyn. et Péd., 13 janv. 1902; in Press. méd., 29 janv. 1902.)

Routier. — **Fibrome kystique**. (Soc. de Chir., 29 janv. 1902; in Presse méd., 1er fév. 1902.)

Le Fort. — **Fibromes** de l'**utérus**. (Soc. centr. de Méd. du dép. du Nord, 24 janv. 1902; in Echo méd. du Nord, 2 fév. 1902.)

Petit et *Weinberg*. — **Epithéliome** de l'**utérus**. (Soc. anat., 31 janv. 1902; in Presse méd., 5 janv. 1902.)

Bitsch. — La **gangrène** des **fibromyomes utérins** non pédiculés. (1 vol. in-8°, Steinheil, Paris, 1902.)

Pozzi. — **Utérus fibromateux infantile** avec des **ovaires normaux**, enlevés par l'**hystérectomie abdominale.** (Soc. d'Obst., Gyn. et Péd., 10 fév. 1902; in Presse méd., 15 fév. 1902.)

Guinard. — Enorme **fibrome utérin.** (Soc. de Chir., 12 fév. 1902; in Presse méd., 15 fév. 1902.)

ANNEXES

Ladinski. — **Tuberculose** des **annexes.** (N. Y. Acad. of Med. 26 déc. 1901, in Med. rec., 11 janv. 1902.)

OVAIRES

Matthews. — **Hernie inguinale** de l'**ovaire.** (South. surg. and gyn. soc., 14 nov. 1901, in Med. Rec., 30 nov. 1901.)

Purcell. — **Sarcome kystique** de l'**ovaire droit.** Ablation-Guérison. (Brit. gyn. soc., 10 oct. 1901, in Brit. gyn. journ., nov. 1901.)

Valette. — **Kyste dermoïde** de l'**ovaire.** (Soc. méd. des Bouch.-du-Rhône, 29 nov. 1901, in Marseille méd., 15 déc. 1901.)

Makris. — Deux cas de **kyste ovarique** d'une nature papillomateuse simulant l'ascite de la cirrhose hépatique. (Soc. imp. de Med., 8 nov. 1901, in Gaz. méd. d'Orient, 15 déc. 1901.)

Bland-Sutton. — Maladies chirurgicales des **ovaires** et des **trompes.** (1 vol. 146 ill. Cassel-Londres, 1902.)

Cerné. — **Tumeur** solide de l'**ovaire.** (Soc. de Méd. de Rouen, 9 déc. 1901, in Normandie méd., 1er janvier 1902.)

Coignerai. — Contribution à l'étude de la **torsion** du **pédicule** des **tumeurs** de l'**ovaire.** (Thèse de Paris, 16 janv. 1902, in Presse med., 11 janv. 1902.)

Hastings Tweedy. — **Kystes** de l'**ovaire.** (Acad. royale de méd. d'Irlande, 20 déc. 1901, in Lancet, 11 janv. 1902.)

Lecornu. — **Cancer** du **foie, cancer** des **ovaires.** (Soc. anat., 10 janv. 1902)

Marie. — Note complémentaire sur un cas de **cancer** du foie et des **ovaires.** (Soc. anat., 17 janv. 1902, in Presse med., 25 janv. 1902.)

Capdepon et *Duvergey.* — Deux cas de **torsion** au niveau du **pédicule** de **kystes ovariens.** (Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 18 nov. 1901, in Journ. de Méd. de Bord., 26 janv. 1902.)

Mouchotte. — **Kyste dermoïde** de l'**ovaire** à pédicule tordu. (Soc. anat., 17 janv. 1902, in Presse med., 25 janv. 1902.)

Donald et *Fothergill.* — **Folliculome malin** de l'**ovaire.** (North of England obst. and gyn. soc., 17 janv. 1902, in Brit. med. Journ., 1er fév. 1902.)

Gœlet. — **Kystes** et **fibromes** de l'**ovaire.** (N. Y. Acad. of Med. 26 déc. 1901, in Med. Rec., 11 janv. 1902.)

Boldt. — **Myo-fibrome** de l'**ovaire.** (N. Y. Acad. of Med., 26 déc. 1901, in Med. Rec., 11 janv. 1902.)

Routh. — **Kyste dermoïde** de l'**ovaire.** (Obst. soc. de Londres, 5 fév. 1902, in Brit. med. Journ., 15 fév. 1902.)

Gérard Marchand. — **Kyste** de l'**ovaire** renfermant des **kystes hydatiques.** (Soc. de chir., 12 fév. 1902, in Presse med., 15 fév. 1902.)

Pothcrat. — **Fibrome volumineux** de l'**ovaire.** (Soc. de chir., 12 fév. 1902, in Presse méd., 15 fév. 1902.)

TROMPES

Macnaughton-Jones. — **Pyosalpinx tuberculeux** primitif. (Brit. gyn. soc., 10 oct. 1901, in Brit. gyn. journ., nov. 1901.)

Ryall. — Cas d'**hydrosalpinx** double. (Brit. gyn. soc., 10 oct. 1901, in Brit. gyn. journ., nov. 1901.)

Mauclaire. — **Fibrome** et **salpingite kystique**. (Soc. anat., 27 déc. 1901, in Presse méd., 1er janv. 1902.)

Lejars. — Les **hémorrhagies** par **rupture** de la **trompe utérine**. (Gaz. des hôp., 16 janv. 1902.)

Potherat. — **Salpingite** et **appendicite** simultanées. (Soc. de chir., 12 fév. 1902, in Presse méd., 15 fév. 1902.)

PÉRITOINE

Aubeau. — Kyste hydatique du **ligament large** droit. (Clin. gén. de Chir., déc. 1901.)

Monod. — **Fibrome du ligament large.** (Soc. de chir., 12 fév. 1902, in Presse méd., 15 fév. 1902.)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Pierson. — Un cas de **grossesse interstitielle**. (New-York med., Journ., 7 déc. 1901.)

Schwartz. — **Grossesse extra-utérine**. (Soc. de Chir., 18 déc. 1901, in Presse méd., 21 déc. 1901.)

Reynés. — **Grossesse tubaire** : hémorragie mortelle. (Soc. méd. des Bouch.-du-Rhône, 6 déc. 1901, in Marseille méd., 15 déc. 1901.)

Doléris. — Coïncidence de la **grossesse tubaire** avec **hémorragie ovarique**. (Soc. d'obst. gyn. et péd. de Paris, 9 déc. 1901, in Bul. méd. 28 déc. 1901.)

Burr Tibbals. — **Grossesse ectopique.** (Med. Age, 10 déc. 1901.)

Bouglé. — **Grossesse tubaire.** (Soc. anat., 27 déc. 1901, in Presse méd., 1er janv. 1902.)

Carwardine. — **Grossesse extra-utérine** précoce. (Bristol roy. infir., 15 nov. 1901, in Brit. méd. Journ., 11 janv. 1902.)

Carwardine. — **Grossesse tubaire.** (Bristol roy. infir., 15 nov. 1901, in Brit. med. Journ., 11 janv. 1902.)

Marshall. — **Grossesse tubaire** avec **rupture** et **hémorragie** dans la cavité péritonéale. (Brit. med. Journ., 11 janv. 1902.)

Carwardine. — **Grossesse ovarienne.** (Bristol roy. infir., 15 nov. 1901, in Brit. med. Journ., 11 janv. 1902.)

Majocchi. — Sur quelques points controversés dans l'anatomie de la **grossesse tubaire.** (Ann. di Ost. e ginec., déc. 1901.)

Sinclair. — Cas de **grossesse tubaire** de six mois **sans rupture de la trompe**. (Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit Emp., janv. 1902.)

Boucaud (de). — **Rupture de grossesse tubaire.** Inondation péritonéale. Laparotomie. Guérison. (Soc. d'obst. gyn. et péd. de Bordeaux, 14 janv. 1902, in Journ. de Méd. de Bord., 19 janv. 1902.)

Reclus. — Pièce de **grossesse extra-utérine.** (Soc. de chir., 24 janv. 1902, in Presse méd., 25 janvier 1902.)

Cerné. — **Grossesse tubaire.** Présentation de pièces. (Soc. de méd. de Rouen, 13 janv. 1902, in Normandie méd., 1er février 1902.)

Hellier. — **Rupture de grossesse tubaire.** (North of Engl. obst. and gyn. soc., 17 janv. 1902, in Brit. méd. Journ., 1er fév. 1902.)

Donald. — **Môle tubaire.** (North of Engl. obst. and gyn. soc., 17 janv. 1902, in Brit. med. Journ., 1er fév. 1902.)

Brothers. — **Grossesse extra-utérine** avancée. (N. Y. Acad. of Med., 26 déc. 1901, in Méd. Rec., 11 janv. 1902.)

Delassus. — De la conduite à tenir dans les cas de **grossesse extra-utérine rompue.** (Soc. des Scienc. méd. de Lille, 22 janv. 1902, in Journ. des Scienc. méd. de Lille, 1er fév. 1902.)

Haret. — Étude critique sur 35 nouveaux cas de **grossesse ectopique récidivante.** (1 vol. in-8°. Steinheil, Paris 1902.)

Pauchet. — De l'**hématocèle rétro-utérine** et de son traitement. (Rev. int. de thér. et de chir., 10 fév. 1902.)

Kynoch. — **Grossesse ectopique récidivante** chez le même sujet. (Forfarshire Med. Assoc., 5 déc. 1901, in Scot. med. and surg. Journ., fév. 1902.)

Carlier et *Oui.* — **Grossesse extra-utérine** : enfant mort. Laparotomie : marsupialisation du kyste frontal : guérison. (Echo méd. du Nord, 16 fév. 1902.)

Bland-Sutton. — **Grossesse tubaire.** (Obst. soc. de Londres, 5 fév. 1902, in Brit. med. Journ., 15 fév. 1902.)

ÉTAT GÉNÉRAL. — PHYSIOLOGIE

Martin. — **Rétention des menstrues.** (Brit. gyn. journ., nov. 1901.)

Petit. — A propos de la doctrine de M. Richelot sur l'influence du **neuro-arthritisme en pathologie utérine.** (Sem. gyn., 24 déc. 1901.)

Chavannaz. — **Tétanos gynécologique.** (Soc. d'obs. gyn. et péd. de Bordeaux, 24 déc. 1901, in Journ. de méd. de Bordeaux, 29 déc. 1901.)

Gaucher et *Crouzon.* — **Télangiectasies généralisées** consécutives à la **castration.** (Soc. franç. de dermat. et syphil., 9 janv. 1902, in Presse méd., 11 janv. 1902.)

Mousseaux. — Généralisation à la **base du crâne** d'un **cancer du sein.** (Soc. anat., 10 janv. 1902, in Presse méd., 15 janv. 1902.)

Lea. — **Anesthésie par injections subarachnoïdiennes de cocaïne dans la région lombaire.** Son emploi en gynécologie et en obstétrique. (Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., jan. 1902.)

Benoît. — Les **parotidites** consécutives à l'**ovariotomie.** (Thèse de Paris, 29 janv. 1902.)

Faconti. — **Cancer des organes génitaux.** (Sez. gin. de la pol. de Milan, in Rassegna d'ost. et gin., janv. 1902.)

Keith Monsarrat. — **Cancer mammaire.** (Discus. MM. Rendle, Plimmer, Buchanan, G. Hamilton. Liverpool med. Inst., 23 janv. 1902, in Brit. med. journ., 1er fév. 1902.)

Niel. — **Troubles génitaux** et affections de la **gorge** et du **larynx** chez la femme. (Marseille méd., 1er fév. 1902.)

THÉRAPEUTIQUE — CHIRURGIE

Campacci. — **Carcinome primitif** du **vagin** et son traitement chirurgical. (Ann. di Ost. e Gin., déc. 1901.)

Tavel. — Résection du **nerf honteux** interne dans le **vaginisme** et le **prurit** de la **vulve**. (Rev. de chir., 10 fév. 1902.)

Pichevin. — Traitement de la **cervicite chronique** par le caustique Filhos. (Sem. gyn., 21 janvier 1902).

Briggs. — **Curettage** de l'**utérus** en Chirurgie gynécologique et obstétricale. (Liverpool med. Inst., 16 janvier 1902, in Lancet, 25 janv. 1902.)

Carbo y Palou. — Technique du **curettage utérin**. (Med. y cir., 20 janv. 1902.)

Pauchet. — **Utérus double** enlevé par la **voie vaginale**. (Gaz. des hôp., 18 janv. 1902.)

Doléris. — De l'influence que peuvent avoir sur l'attitude de l'**utérus**, les opérations pratiquées sur les **annexes**. (Soc. d'obst. gyn. et péd. de Paris, 9 déc. 1901, in Bul. méd., 28 déc. 1901.)

Gilliam. — **Ventrosuspension** de l'**utérus** par le **ligament rond**. Technique perfectionnée. (New-York Med. journ., 4 janv. 1902.)

Gotti. — La **ventrohystéropexie** dans les **antédéviations** de l'**utérus**. (Assoc. med. chir. de Parme, 10 janv. 1902, in Clin. mod., 15 janv. 1902.)

Forestier. — Contribution à l'étude de l'**anteflexion congénitale** de l'**utérus**. Son traitement par la **dilatation** et le **curettage**. (1 vol. in-8°. Ollier-Henry, Paris, 1902.)

Villard. — Traitement de la **rétroversion utérine**. (Soc. de Chir. de Lyon, 26 déc. 1901, in Rev. de chir., 10 fév. 1902.)

Gillot. — Opérations d'**hystérectomies abdominales** totales et supra-vaginales pratiquées pour **fibromes utérins** dans le service de M. Schwartz (octobre 1899, juillet 1901). (Thèse de Paris, 9 janvier 1902.)

Cole Madden (Fr.). — **Hystérectomie** pour un **fibromyome** pesant 53 livres. (Brit. med. journ., 11 janvier 1902.)

Pichevin. — **Adénome** malin de l'**utérus** ou **cancer utérin** de Schrœder. (Sem. gyn., 14 janv. 1902.)

Estman. — Procédé chirurgical dans l'**ablation** des **fibromyomes** de l'**utérus**. (West. surg. et gyn. assoc. Chicago, 18 décembre 1901, in med. Rec., 4 janv. 1902.)

Beverly Campbell. — **Myomectomie**; sa place dans le traitement des **fibromyomes** de l'**utérus**. (West. surg. et gyn. Assoc. Chicago, 18 déc. 1901, in med. Rec., 4 janv. 1902.)

Mortin (Franck.-H.). — Traitement des **fibromes** de l'**utérus** par l'**électricité**. (West. surg. et gyn. assoc. Chicago, 18 déc. 1901, in med. Rec., 4 janvier 1902.)

Tucker Harrisson. — Indications du traitement dans les cas de **myomes utérins**. (New-York med. journ., 28 déc. 1901.)

Hamonic. — Deux cas de **fibromes utérins** multiples et compliqués. Hystérectomies totales. Guérison. (Rev. clin. d'androl. et de gyn., 13 janv. 1902.)

Mauclaire. — **Polype utérin**. **Hystérectomie**. (Soc. anat., 24 janv. 1902, in Presse méd., 1er fév. 1902.)

Boldt. — Deux **utérus** enlevés par la **voie vaginale** pour carcinome de la **muqueuse du corps**. (N. Y. Acad. of Med. in Med. Rec., 11 janv. 1902.)

Bramson. — Traitement du cancer inopérable de l'**utérus** et du **vagin** par les **pulvérisations de chlorure** d'**éthyle**. (Arch. de méd. et de chir. spéc. déc. 1901.)

Courmontagne. — De l'**hystérectomie abdominale** dans le traitement des **cancers utérins**. (1 vol. in-8°, Ollier Henry et Cie, Paris.)

Turell. — Le **carbure de calcium** dans le traitement du **cancer utérin**. (Inst. med. farm. Barcelone, 20 janv. 1902, in Med. et cir., 30 janv. 1902.)

Adamkiewicz. — Deux cas de **cancer utérin** traités avec succès par la **cancroïne**. (Lancet, 1er 1902.)

Rosenstirn. — **Hémorragie** post-opératoire douze heures après l'**hystérectomie vaginale** : laparotomie sous l'anesthésie cocaïnique ; hémorragie du mésocæcum et du méso-appendice. (Med. Rec., 14 déc. 1901.)

Doléris. — **Hystérectomie** subtotale suivie de **ménorragies**. (Soc. d'obst. gyn. et péd. de Paris, 9 déc. 1901, in Bul. méd., 28 déc. 1901.)

Voituriez. — **Hémorragies** post-opératoires après l'**hystérectomie abdominale**. (Journ. des Scienc. méd. de Lille, 25 janv. 1902.)

Boldt. — **Hystérectomie vaginale** pour péritonite pelvienne récidivante. (N. Y. Acad. of Med., 26 déc. 1901, in Med. Rec., 11 janv. 1902.)

Pichevin. — Indications et limites du **traitement médical** des **inflammations annexielles**. (Rev. prat. d'obst. et gyn., janv. 1902.)

Pichevin. — Des **opérations conservatrices** dans les **salpingo-ovarites**, même suppurées. (Sem. gyn., 28 janv. 1902.)

Bégouin. — **Kyste** de l'**ovaire** à pédicule tordu. **Ovariotomie.** Guérison. (Soc. d'obst. gyn. et péd. de Bordeaux, 28 janv. 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 2 fév. 1902.)

Banks. — Opérations pratiquées pour **cancer du sein.** (Brit. med. journ., 4 janv. 1902.)

Butlin. — **Oophorectomie** dans le traitement du **cancer** du **sein.** (Brit. med. Journ., 4 janv. 1902.)

Boursier. — **Eviscération** post-opératoire. (Soc. d'obst. et péd. de Bordeaux, 28 janv. 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 2 fév. 1902.)

Brettauer. — Emploi plastique de l'**utérus** dans les opérations de **cystocèle.** (N. Y. Med. Journ., 11 janv. 1902.)

Dalché et *Lépinois.* — **Opothérapie** ovarienne. (Soc. de thér., 18 déc. 1901.)

Roberts. — Précis de **pathologie gynécologique** et d'**anatomie** morbide. (1 vol. in-8°, 151 ill. Churchill, Londres.)

Berlatzky. — Du **massage** en **gynécologie.** (Thèse de Paris, 23 janv. 1902 in Presse méd. 15 janv. 1902.)

Garrigues. — **Maladies** des **femmes.** (1 vol. in-8°, 756 p., 367 ill. Saunders, Londres, 1902.)

Penrose. — **Maladies** des **femmes.** (1 vol. in-8°, 529 p., 217 ill. Saunders, Londres, 1902.)

Wright. — Présentation de nouveaux **instruments gynécologiques.** (Leeds and West Riding med chir. soc., 10 janv. 1902, in Lancet, 25 janv. 1902.)

Le Propriétaire-Gérant : O. Doin.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LA GYNÉCOLOGIE

AVRIL 1902

MÉMOIRES

HÉMORRAGIES LATENTES DE LA GROSSESSE

par M. Doléris.

I. — Hémorragie interutéro-placentaire

II. — Vaste hématocèle gravidique

Les deux observations qui suivent ont trait à deux formes différentes d'hémorragie interne. Elles méritent bien l'épithète de latentes, puisqu'aucun signe extérieur ne pouvait les révéler, ni même les faire soupçonner, si on en excepte les vagues symptômes qui appartiennent aux grands ictus traumatiques aussi bien qu'aux hémorragies internes. Elles ont de commun la difficulté d'un diagnostic, j'entends d'un diagnostic précis, et l'on me comprendra surtout lorsqu'on verra qu'il s'agit, dans l'un de ces faits, d'un exemple peut-être unique d'une hémorragie pelvi-abdominale très abondante, ayant, sans doute possible, son origine dans un des organes internes de l'appareil génital, à début ignoré, mais pouvant être rapporté aux derniers jours qui ont précédé l'accouchement, et ayant continué son évolution après l'accouchement même. C'est bien une *hématocèle pelvi-abdominale*



gravidique, à propos de laquelle je ne puis faire que des hypothèses quant à l'étiologie.

J'appelle toute l'attention de mes collègues sur ce cas, en les priant de rechercher tout ce qui pourrait nous éclairer sur un accident aussi singulier et surtout aussi rare.

L'autre observation a trait à un cas d'hémorragie *interutéro-placentaire* analogue à ceux que MM. Lepage et Champetier de Ribes nous ont fait connaître l'année dernière (22 avril et 10 juin 1901), à cette différence près que, dans les cas rapportés par nos collègues, la cause de l'accident était un traumatisme avéré. Dans celui que j'ai observé, rien ne permet d'invoquer une étiologie semblable. Je suis tout aussi embarrassé pour en déterminer une quelconque, puisqu'il ne s'agit ni d'albuminurie de la mère, ni de brièveté réelle ou relative du cordon ombilical, causes habituelles des décollements prématurés du placenta, ainsi que l'a fort justement rappelé M. Lepage. L'origine de l'hémorragie paraît être dans une rupture du sinus circulaire ou coronaire du placenta, que l'on pouvait attribuer à une débilité anormale des parois de ce vaisseau; du moins là seulement j'ai pu découvrir un traumatisme bien net et contemporain de la formation des caillots entre l'œuf et l'utérus.

Voici d'abord cette observation, accompagnée d'une photographie du placenta, destinée à montrer les deux points rompus du sinus circulaire au niveau desquels existaient des caillots solides, de forme vermiculaire, reliant le caillot extérieur épanché avec le coagulum intérieur de la veine thrombosée.

OBSERVATION I. — *Hémorragie rétroplacentaire abondante (un litre et demi de sang) à 7 mois de grossesse. Rupture du sinus circulaire.*

La nommée Marie B..., âgée de 35 ans, exerçant la profession de fleuriste, entre le 23 janvier 1900 dans mon service de la maternité de Boucicaut.

Antécédents.— Cette malade a été réglée à 12 ans, toujours régulièrement pendant 5 à 6 jours.

Mariée à 22 ans.

1re grossesse : 10 mois après son mariage, accouchement à terme, enfant actuellement vivant.

2e grossesse : 22 mois après, accouchement à terme, enfant né vivant, mort à 13 mois, de méningite.

3e grossesse : 22 mois après, accouchement à terme, enfant actuellement vivant.

La malade avait alors 26 ans. Elle est restée 9 ans sans avoir d'enfants.

Pendant tout le temps, sa santé a été très bonne; elle dit n'avoir jamais eu besoin d'un médecin ; elle n'avait que quelques migraines qui duraient 1 jour.

4e grossese actuelle : Dernières règles du 21 au 25 juillet; cette dernière grossesse n'a pas du tout ressemblé aux autres; la malade dit qu'elle éprouvait des malaises, des maux de reins intenses et des douleurs dans le ventre.

Néanmoins elle n'avait jamais cessé son travail habituel de fleuriste.

Le 22 janvier, les malaises s'étaient accentués, B... était énervée et ne pouvait tenir en place. C'était l'époque qui correspondait approximativement à la deuxième (?) période menstruelle supprimée. Dans la nuit, elle fut obligée de se lever de son lit ; mais à peine avait-elle posé les pieds par terre, qu'elle fut prise de bourdonnements d'oreilles, de sueurs froides et elle tomba sans connaissance. Les personnes qui entouraient la malade lui ont dit qu'à ce moment elle était extrêmement pâle.

Le lendemain, 23 janvier, elle a eu une nouvelle syncope en voulant se lever du lit.

On a alors appelé un médecin qui nous l'envoya à l'hôpital pour un refroidissement.

Elle est arrivée le soir du 23, le facies assez pâle, mais pas extrêmement décoloré, avec un aspect légèrement cyanosé ; pas d'œdème. Le pouls était assez bon, 100 pulsations, et rien dans son état ne faisait supposer une hémorragie interne grave. On pouvait croire plutôt à des manifestations de nature nerveuse. On nota cependant que la malade respirait mal quand elle était couchée, mais dès qu'elle s'asseyait, elle déclarait qu'elle se trouvait bien, quoiqu'elle éprouvât une certain degré de gêne respiratoire.

Les urines examinées contenaient à peine des traces d'albumine.

24 janvier. T. matin, 37°6.

On met la malade au lit, et on la laisse au repos sans pousser l'examen plus loin.

Je l'examine le 24 janvier à la visite du matin.

A l'examen, je trouve un utérus développé comme à terme, et cette anomalie, étant donné l'âge de la grossesse, me frappe tout d'abord. L'organe mesure 39 centimètres verticalement, 50 à 60 transversalement.



Il y a deux travers de doigt d'intervalle entre le fond de l'utérus et l'appendice xiphoïde.

Le ventre fait une saillie marquée en avant (abdomen pendulum), il est très régulier d'aspect et modérément tendu.

Léger œdème sus-pubien, larges et abondantes veinosités sur la paroi abdominale. Entre cette paroi et l'utérus, paraît exister une petite quantité de liquide ascitique qui gêne la palpation utérine. Le palper révèle une tension anormale de l'utérus, persistante, empêchant la recherche utile de la présentation et d'indices utiles au diagnostic.

Au toucher, le col très aplati, en bobèche, est situé très en arrière, sur une tête qui ballotte facilement L'état général n'attire pas autrement l'attention. La figure est pâle, mais il n'y a plus de dyspnée. Je pense vaguement à de l'hydramnios ou à une erreur de date des dernières règles, réservant mon diagnostic pour plus tard.

Température le soir, 38°6.

La malade a quelques douleurs de reins qui font présager l'accouchement.

Son état général est le même.

25 janvier. T. du matin, 37°6 ; soir 38°4.

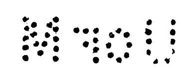
Le col s'efface très lentement ; les contractions utérines, rares sont peu intenses, les douleurs de reins augmentent.

26 janvier. La malade avait eu des douleurs toute la nuit. Le matin, à 5 h. 30, la dilatation est grande comme une pièce de 5 francs, la poche d'eau est très plate ; la tête ballotte, quand on la soulève avec le doigt.

On rompt les membranes et on recueille tout le liquide ; il pèse 470 grammes. La tête vient aussitôt s'appuyer sur l'orifice ; 45 minutes après, expulsion rapide d'un enfant mort et macéré, de 2.350 grammes.

Le cordon est à peine coupé que le placenta apparaît à la vulve. On pratique la délivrance, et immédiatement après il sort une grande quantité de caillots, dont deux surtout sont très gros ; il y a aussi du sang liquide noirâtre ; les caillots ne sont pas organisés et sont exclusivement composés de fibrine demi-compacte, décoloration uniformément noire. Le tout à l'odeur fade, un peu âcre, spéciale au sang, point fétide.

Malgré l'expression utérine, tout n'est pas expulsé. Une main est mise dans le vagin et deux doigts dans l'utérus pour retirer ce qui reste ; on en ramène, en effet, une assez grande quantité, et on se rend compte alors que le placenta était inséré sur la paroi posté-



rieure de l'utérus, et que, par conséquent, la zone hémorragique, qui aurait pu fournir, par sa consistance dure, massive, et sa disposition étalée, quelques sensations utiles à l'examen, était absolument inaccessible au toucher.

Grand lavage utérin à l'acide phénique à 1/1.000.

T. 37°6.

Malgré le bon état de la malade, on fait 500 grammes de sérum.

Les caillots solides recueillis pèsent 1.060 grammes, et on peut estimer à 200 grammes environ le sang liquide et demi-solide qui s'est écoulé.

A l'examen du placenta, on voit après une recherche minutieuse et prolongée, que l'hémorragie paraît due à une rupture du sinus circulaire.

Le cordon est de longueur normale, infiltré et mou; les membranes sont de coloration rougeâtre uniforme, due à l'infiltration sanguine.

Le placenta a perdu son aspect lobulé, il est divisé en deux parties, une saillante, formant bourrelet, ayant la forme d'un croissant dont la concavité interne figure une arête vive ; l'autre, beaucoup plus importante, est déprimée, aplatie, lisse, et figure une sorte de cuvette sur laquelle adhérait le caillot principal. Cette surface qui se trouvait décollée de l'utérus, est d'une coloration plus pâle que la surface saillante. Le sinus coronaire est rompu en deux endroits qui correspondent au pourtour de la portion aplatie et déformée du placenta; il forme un relief noirâtre dû aux caillots qui le remplissent : ces thrombus intra-veineux se continuent extérieurement par des coagula vermiculaires.

En étudiant à l'aide d'un stylet ses diverses perforations, on constate que la paroi du sinus est extrêmement mince.

T. le soir de l'accouchement, 38°4.

Le 27. T. matin, 38°4, soir, 39°2, montée laiteuse.

Etat général bon.

Le 28. T. matin et soir, 37°4. Lochies un peu fétides.

Le 29. T. matin, 37°2; soir, 37°8; la fétidité des lochies s'accentue. Le mouvement fébrile léger observé dès l'entrée de la malade et qui s'accentue depuis l'accouchement, caractérise une infection probablement saprophytique, comme en témoigne la fétidité des lochies. On pratique la thérapeutique intra-utérine habituelle, curettage, écouvillonnage, tamponnement antiseptique de l'utérus et injections intra-utérines. L'infection et ses

signes disparaissent rapidement, et l'involution s'accomplit d'une façon régulière.

Réflexions. — Pour revenir sur la pathogénie de cette hémorragie grave en elle-même pour la mère, puisqu'elle a opéré une spoliation subite de 1 litre 1/2 de sang, et qu'elle a été cause d'accidents septiques ultérieurs ; plus grave encore pour l'enfant dont elle a supprimé brusquement la majeure partie de l'hématose, je dois reconnaître à nouveau qu'elle ne rentre pas dans la catégorie des hémorragies traumatiques.

La malade de M. Lepage avait fait une chute, et l'abdomen alla heurter violemment l'angle d'un buffet contre lequel elle avait été projetée. Il y eut une douleur très vive pendant un quart d'heure ; l'avortement d'un fœtus de 4 mois 1/2 suivit de près le traumatisme, et s'effectua avec une perte de sang abondante. — La malade de M. Champetier de Ribes était enceinte de 7 mois 1/2, et se cogna à l'angle d'ue table. Le coup porta sur le côté droit de l'abdomen. Dans cette observation, l'état du placenta et son aspect rappellent tout à fait mon cas.

On ne nous a pas renseigné sur la situation probable du délivre dans l'utérus.

En somme, sans qu'il nous soit permis de l'affirmer absolument, en l'absence de toute altération des reins, le traumatisme apparaît comme cause probable du décollement et de l'hémorragie rétro-placentaire.

Dans mon observation comme dans les précédentes, pas d'albuminurie ; pas davantage d'affection cardiaque ou hépatique ; et, en outre, la nécessité d'évacuer les caillots retenus dans l'utérus après la délivrance ayant permis de constater que ces débris de l'hématome rétro-placentaire adhéraient exactement à la paroi postérieure de l'utérus, je suis certain qu'un traumatisme direct n'aurait pas pu atteindre la région placentaire, sans que je veuille nier pour cela qu'un traumatisme indirect portant hors de cette région aurait pu néanmoins provoquer un décollement. Mais, en somme, comme la notion de ce traumatisme n'existe pas ici, et que la malade ne m'a pas paru avoir aucune raison pour le nier, s'il se fût produit, — comme rien d'anormal n'existait du côté du cordon, et que nous n'avions pas affaire à une albuminurique ou à une cachectique, il faut bien chercher une autre interprétation.

La malade a accusé des malaises et des maux de reins intenses, elle se sentait nerveuse sans raison ; cela est banal si l'on veut,

mais cela constitue la caractéristique de cette grossesse, qui différait en cela des 3 précédentes.

Je ne suis pas éloigné de croire que certaines formes de neurasthénie prédisposent aux troubles circulatoires habituels dans l'appareil génital, et je croirais assez volontiers que ces troubles caractérisés parfois par des congestions très intenses, peuvent aller chez la femme enceinte jusqu'à la rupture d'une grosse veine placentaire sous l'influence d'une tension excessive.

Ici, il me semble que la lésion, relevée sur la grosse veine coronaire, est de nature à expliquer, mieux que la rupture de moindres vaisseaux, l'abondance et la soudaineté de l'hémorragie, et les syncopes qui l'ont accompagnée.

Quant au diagnostic, la tension extrême de l'utérus empêchait assurément d'émettre une opinion décisive; et comme je n'ai vu la malade que le lendemain de son entrée, couchée dans son lit, après un repos qui avait rétabli en partie son équilibre, avec les apparences d'un début de travail, il m'était impossible de hasarder une assertion. En pareil cas, le médecin peut tout au plus émettre une hypothèse.

Observation II. — *Vaste hématocèle pelvi-abdominale au cours d'une grossesse gémellaire. Accouchement prématuré au terme de 7 mois. 2 enfants morts. Aggravation de l'hématocèle après l'accouchement. Laparotomie le 17e jour des couches. Guérison.*

Emilie L..., 31 ans, primipare, est apportée dans mon service le 28 mai 1901, avec le diagnostic : péritonite suraiguë, consécutive à une occlusion intestinale.

Voici son histoire en détail.

Les antécédents de cette malade ne présentent de particulier qu'une attaque de rhumatisme aigu à l'âge de 24 ans.

Son père était rhumatisant.

En dehors de cette maladie, bonne santé habituelle; strabisme accentué de l'œil gauche.

Les menstrues étaient régulières, mais tendaient à anticiper de quelques jours chaque mois. Le début de la grossesse remonte au mois de novembre, les mouvements actifs au début de mars.

Les premiers mois de la grossesse ont été assez pénibles; la malade avait des vomissements fréquents, se produisant surtout le matin.

Constipation opiniâtre.

1 mois environ avant le début des accidents qui l'amènent à l'hôpital, la malade et son entourage avaient remarqué le volume

anormal de l'abdomen, hors de proportion avec l'âge de la grossesse.

Dans la nuit du 26 au 27 mai, la malade, jusque-là bien portante, est réveillée par des coliques péri-ombilicales; ces coliques s'accompagnent de points douloureux dans les hypocondres et les fosses iliaques.

Gêne respiratoire et lipothymies. Cet état persiste sans modifications le lendemain; les mouvements actifs et les bruits du cœur du fœtus sont encore perçus dans la journée du 27 par le médecin traitant, M. Dortel, de Boulogne-sur-Seine. Ils disparaissent pendant la nuit suivante. Cependant, L... s'affaiblit, pâlit visiblement, et ses souffrances augmentent.

Le 28 mai, au matin, elle est amenée dans mon service avec le diagnostic que j'ai dit en commençant : péritonite et occlusion intestinale.

L'examen à l'arrivée montre que la malade est très abattue : facies pâle, anxieux; pouls petit, fréquent, battant 180 à la minute. Température normale. Anxiété respiratoire très accusée. L'abdomen est très volumineux; la résistance et la tension de la paroi abdominale en rendent la palpation presque impossible. Elle est convertie en une tumeur vaste et saillante, très large à sa base inférieure hypogastrique. On délimite néanmoins la hauteur utérine : 33 centimètres. Largeur d'une épine iliaque à l'autre, 53 centimètres.

Le palper ne fournit que peu de renseignements. On croit reconnaître une tête fœtale mobile au niveau du flanc droit; une autre masse volumineuse, irrégulière et peu mobile à gauche. La tension est telle qu'il faut renoncer à tout diagnostic précis.

L'auscultation est entièrement négative.

Au toucher, on sent une tête fœtale engagée. Le col est effacé, le segment inférieur tendu; l'orifice utérin elliptique transversalement, a des bords rigides et tendus; 3 centimètres de grand diamètre. Les membranes sont tendues et rénitentes. J'ai l'impression qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire avec hydramnios survenu assez rapidement, et j'attribue à du péritonisme les phénomènes réactionnels abdominaux. L'absence de température et de vomissements me fait écarter le diagnostic de péritonite; cependant l'hypothèse d'obstruction intestinale n'est pas à rejeter entièrement.

Malgré l'administration de calomel, de lavements purgatifs, la constipation persiste pendant la journée du 28; mais le travail progresse.

A 3 heures, rupture artificielle de la poche des eaux, écoulement de 300 grammes de liquide. A 7 h. 30, dilatation complète. La malade, après quelques efforts, expulse un fœtus mort, du sexe masculin, du poids de 500 grammes. Au toucher, on sent alors une nouvelle poche des eaux très tendue, laquelle, après rupture artificielle, laisse écouler un peu de liquide, puis livre passage à un second fœtus se présentant par le siège, et qui est expulsé à 8 h. 5 (sexe masculin, poids 530 grammes). 8 h. 15, délivrance spontanée. Le délivre comprend un placenta unique, séparé par une cloison à peu près médiane, limitant les deux œufs. Il pèse 500 grammes.

L'accouchement détermine une grande amélioration dans l'état de la malade; elle n'accuse plus aucune sorte de douleur; le facies est plus calme, le pouls est à 120.

Le lendemain, 29 mai, l'état général paraît bon. Toutefois, le ventre reste très ballonné; les anses intestinales, tympanisées, se dessinent sous la peau; il est impossible de délimiter l'utérus. Il n'y a ni vomissements ni nausées. Les urines sont normales. Nouvelle purgation au calomel.

Le 31 mai, des débâcles intestinales se produisent à la suite des purgations répétées de la veille et de l'avant-veille. La diarrhée persiste jusqu'au 3 juin. Ce jour-là, le ventre, qui n'a pas cessé d'être ballonné, redevient douloureux. Il n'a jamais été possible jusqu'ici de délimiter les contours de l'utérus; dès qu'on déprime l'abdomen, il se produit une vive et soudaine défense de la paroi.

Benzo-naphtol à l'intérieur, compresses alcoolisées sur le ventre. Jusqu'ici, la température est restée normale.

6 juin. — Depuis 48 heures, il n'y a pas eu de selles, malgré les lavements.

La température s'élève légèrement : 38°1.

7 juin. Apyrexie. Bon état général, à la suite d'évacuations spontanées.

11 juin. Nouvelle phase de constipation se compliquant de rétention d'urine, qui nécessite le cathétérisme; nouvelle élévation thermique légère.

Les alternatives que je viens d'indiquer ne laissaient pas de témoigner d'un état morbide assez vague, dont l'abdomen et principalement l'intestin paraissaient être le théâtre, sans qu'il fût permis d'éliminer l'hypothèse d'une infection utérine.

La malade, excédée par la diarrhée, s'alimentant à peine, maigrissait et prenait un aspect cachectique. Le pis était qu'aucun renseignement ne pouvait être obtenu sur l'état de l'utérus, en

raison de la tension persistante et douloureuse du ventre. Pas de fétidité des lochies; pas de frisson, pas de fièvre accentuée.

Tout semblait étrange dans cet ensemble très obscur. L'idée d'une collection liquide commençait à venir à mon esprit.

Le 12 juin, la situation a empiré. J'examine attentivement l'abdomen, et je constate au-dessus du pubis une zone mate, saillante, à contours mal limités, s'étendant de chaque côté vers les fosses iliaques et remontant sur la ligne médiane à trois travers de doigt de l'ombilic. La limite supérieure, déterminée par le palper et la percussion, affecte une courbe horizontale à convexité supérieure, tranchant par sa matité absolue avec le tympanisme intestinal sus-jacent. En bas, immédiatement au-dessus du pubis, je crois reconnaître la saillie du fond de l'utérus, plus dure, plus résistante et coiffée en quelque sorte par la tumeur rénitente et moins dure dont il vient d'être parlé.

Pour plus de sûreté, je procède à la mensuration hystérométrique : la cavité utérine mesure 11 centimètres. Je reconnais en même temps par le toucher que le col utérin est reporté en haut et très en avant derrière la symphyse, et que le cul-de-sac de Douglas est distendu, rénitent et douloureux.

13 juin. Même état. La tumeur paraît augmenter légèrement; l'état général s'altère, et la température se maintient au-dessus de 38°.

14 juin. La malade présente un facies franchement péritonéal; pas de vomissements, néanmoins. La tumeur subit un accroissement rapide, et atteint maintenant l'ombilic,

Après un nouvel examen et une discussion prolongée des phénomènes, je pense soit à une péritonite enkystée, soit à une collection sanguine. Et, en raison de la rapide diminution des forces de la malade, j'estime l'intervention immédiatement nécessaire.

Opération. — Elle est pratiquée le même jour, 14 juin.

Incision de la paroi abdominale jusqu'à la limite mate de la tumeur qui répond à la ligne ombilicale. Une fois le péritoine pariétal incisé, je tombe sur un kyste hématique dont l'aspect violacé décèle la nature. La paroi antérieure de l'épanchement enkysté est formée par l'épiploon tendu, épaissi et accolé à la paroi. En le décollant avec prudence, je me rends compte que son adhérence se prolonge très loin sur les côtés, et je la respecte. On reconnaît aisément à sa surface de longues traînées verticales, fibreuses, vasculaires et nerveuses.

Avant d'inciser l'épiploon, je poursuis en haut l'incision abdominale jusqu'à la limite supérieure du kyste. Je constate que les

anses intestinales, agglutinées très solidement par un exsudat ancien, forment un dôme régulier servant de couvercle à la tumeur kystique et l'isolant comme un diaphragme du paquet intestinal. A l'incision de la paroi mince du kyste, il s'écoule une grande quantité de sang liquide de couleur chocolatée ou lie de vin, suivant les poches secondaires ouvertes successivement, et une masse de caillots de même apparence, les uns en voie d'organisation, superficiels, adhérents à l'épiploon, les autres à demi désagrégés. J'ouvre ainsi plusieurs loges plus ou moins indépendantes. L'une d'elles contient un liquide d'une odeur fécaloïde très accentuée.

L'utérus, légèrement renversé en arrière, occupe une situation médiane pelvi-abdominale. Les ligaments larges, rigides, épais, accusent leur relief ordinaire; des coagula sanguins adhèrent aussi bien aux viscères saillants qu'aux anfractuosités limitées par eux. Il faut procéder avec la plus grande prudence pour nettoyer l'excavation et éviter des hémorragies nouvelles; tous les tissus sont friables, de consistance parcheminée, en raison de la couenne fibrineuse qui les revêt. Le rectum forme une saillie cylindroïde tendue et rigide, saignant au moindre attouchement.

Il semble que les annexes du côté gauche forment une masse tuméfiée plus saillante qu'à droite. Mais tout cela est fort vague, et je m'interdis toute recherche pouvant révéler la cause d'une hématocèle aussi singulière. Je n'aperçois aucune trace de déchirure de l'utérus, et il est évident que l'épanchement s'est fait dans la cavité séreuse. On peut évaluer à 2 litres environ la quantité de sang épanché.

La perforation du cul-de-sac de Douglas est effectuée largement par un drainage vaginal; suture de la paroi abdominale, et drainage abdominal.

Suites opératoires. — Le soir, température 38°9, pouls 120, état général assez bon; injection hypodermique de 400 grammes de sérum.

La malade ne souffre plus du ventre. On change le pansement abdominal, très mouillé par l'écoulement sanguin.

15 juin. Température le matin 38°3, le soir 38°9, pouls 92. On retire la mèche vaginale le soir, et on constate un écoulement d'aspect et d'odeur fécaloïdes.

17 juin. Au retrait du drain abdominal, on s'aperçoit que la plaie livre passage à des matières fécales diluées.

L'existence d'une fistule stercorale n'est donc pas douteuse. Néanmoins, l'état général est bon, la température est normale, le pouls ne dépasse pas 90.

19 juin. L'état de la malade s'améliore; elle mange de bon appétit; on commence des lavages réguliers par le drain vaginal, et le drain abdominal est supprimé 3 jours plus tard. Peu à peu, le trajet du drain vaginal se rétrécit à son tour; il ne s'écoule plus de liquide suspect, et la malade sort en très bon état le 15 juillet.

Culture du contenu du kyste. Elle renfermait exclusivement le *colibacille* en abondance.

Réflexions. — Je ne veux pas m'attarder à des hypothèses. Plus utile serait la notion comparative de faits analogues. Ils doivent être d'une rareté extrême; aussi je m'empresse de convier mes collègues aux recherches bibliographiques.

En attendant, je dois écarter l'idée d'un traumatisme criminel; rien ne permet de le supposer.

Une rupture utérine? Avec la grossesse gémellaire, cela s'est vu à une période avancée de la grossesse, ou au cours de l'accouchement, chez des grandes multipares à tissus fragiles. Mais notre malade est une primipare, à 7 mois de grossesse; petit fœtus; pas d'hydramnios, par conséquent pas de surdistension.

Une grossesse ectopique gauche, rompue au septième mois? La discrétion dans les recherches anatomiques au cours de l'opération, imposée par la gravité dans l'état de la malade, a interdit toute réponse précise.

Une rupture vasculaire? Il n'y a pas d'affirmation ou de dénégation à risquer à cet égard.

Ce qui est bien certain, c'est que l'hémorragie pelvi-abdominale a débuté au cours de la grossesse, qu'elle a dû se suspendre pour un temps après l'accouchement, pour reprendre ensuite au bout de quelques jours, devenir menaçante vers le quinzième jour des suites de couches. L'organisation de la couche fibrineuse qui tapissait les parois et les viscères du bassin témoigne de l'ancienneté de ce dépôt d'origine hémorragique. Le sang qui est venu accroître brusquement le volume de la tumeur durant les 3 ou 4 jours qui ont précédé l'intervention venait certainement d'un traumatisme rouvert. Et ce n'est que la compression naturelle exercée par les viscères une fois le kyste évacué qui a pu établir une hémostase définitive.

Quoi qu'il en soit, j'ai examiné à plusieurs reprises ma malade depuis sa sortie. Mon dernier examen remonte à ce matin même (10 février). Depuis l'opération, aucune douleur, aucune gêne, bon état général. Les menstrues apparaissent toutes les 3 semaines,

comme autrefois. Le plus minutieux examen ne fait point découvrir de veines variqueuses.

L'utérus est en rétrodéviation complète. Le col utérin est remonté derrière la symphyse; le fond est descendu dans le Douglas.

On sent les annexes gauches empâtées, rétro-prolabées, indolores, parfaitement distinctes de l'utérus. Rien d'analogue à droite.

L'utérus est l'objet d'un examen minutieux dans le but de rechercher une déformation ou une trace de rupture : le col est long, conique, sans traces de lacération, vrai col de nullipare.

Le cathétérisme donne 8 centimètres de cavité utérine et permet, en combinaison avec le toucher, d'apprécier l'épaisseur normale des parois latérales de l'isthme utérin.

La réduction de la rétrodéviation, avec la sonde, entraîne la remise en place des annexes, qui n'ont contracté aucune adhérence, par conséquent.

Il existe une vaginite granuleuse intense et comme une trachomatose générale des muqueuses externes. Les petites lèvres, l'hymen, sont rouges, d'aspect framboisé, saignants et lubrifiés par un muco-pus abondant.

DE LA PÉRITONISATION
DANS LES LAPAROTOMIES

par M. Judet.

I

AVANTAGES DE LA PÉRITONISATION

La péritonisation constitue un temps spécial de l'acte opératoire ayant pour but de recouvrir de séreuse toutes les surfaces cruentées.

En vertu de cette méthode, avant de refermer l'abdomen, on procède à une réfection du péritoine telle, que l'intestin, en tous les points de la cavité abdominale, s'adosse comme chez le sujet sain, à une surface lisse et recouverte d'endothélium. Les conditions physiologiques normales se trouvent donc rétablies, et ce fait constitue *a priori* un argument en faveur de la méthode.

D'autres considérations viennent plaider en sa faveur : la péritonisation s'adresse à la fois à l'*hémorragie*, à l'*infection* et à la *production* des *adhérences intestinales*.

S'il est un principe bien établi en chirurgie et de constatation banale, c'est la nécessité d'une *hémostase* aussi parfaite que possible. L'assèchement de la plaie abdominale constitue un élément important de pronostic favorable et de réparation rapide.

Or, le fait d'appliquer et de fixer sur une surface dénudée et suintante un lambeau de péritoine, a pour premier et important résultat de supprimer toute exsudation à ce niveau.

La péritonisation ne remplit ce but que s'il s'agit d'un suintement sanguin d'origine capillaire. Elle ne peut agir sur des vaisseaux de moyen calibre que dans le cas où ces vaisseaux siègent au niveau des lèvres de la plaie péritonéale et peuvent être serrés dans la suture. Mais il serait dangereux de compter sur la péritonisation pour obtenir l'hémostase d'une artériole ou même d'une veinule saignant au milieu de la surface dénudée. On risquerait, en pareil cas, comme l'a fait remarquer Kelly, de provoquer la

formation d'un hématome sous-péritonéal, capable dans la suite de s'infecter et de se transformer en abcès. Il faudra donc, au préalable, pincer et lier tous les vaisseaux susceptibles de l'être.

La péritonisation combat l'*élément infectieux* par des moyens multiples : d'abord parce qu'elle est hémostatique; ensuite parce qu'elle facilite la résorption des liquides épanchés dans le péritoine; en dernier lieu, enfin parce qu'elle constitue une barrière qui limite le processus inflammatoire.

Nous avons vu comment il fallait entendre le rôle hémostatique de la péritonisation. Les microbes qui peuvent se trouver au niveau de la région opératoire, soit à raison de la nature même de la maladie traitée (pelvi-péritonite aiguë), ou bien du fait de l'acte opératoire (ouverture d'une poche suppurée quelconque), ou bien encore apportés par les mains du chirurgien et des aides, et peut-être par l'air des salles[1], ces microbes, disons-nous, auront d'autant moins de chances de cultiver qu'ils seront privés, par la péritonisation, d'un milieu favorable constitué par l'exsudation séro-sanguine provenant des surfaces cruentées.

Tel est le premier mode d'action anti-infectieuse de l'autoplastie péritonéale; le second résulte des conditions de l'absorption des liquides intra-péritonéaux.

Schnitzler et Ewald[2] ont démontré expérimentalement que chez un lapin ayant une péritonite purulente, le taux de l'absorption péritonéale est abaissée. Berg[3] est arrivé à des conclusions identiques : il a vu que, pour le péritoine sain, la principale voie de résorption serait la voie rapide des vaisseaux sanguins, tandis que pour le péritoine malade, l'absorption se ferait surtout par la voie plus lente des vaisseaux lymphatiques dilatés.

Il paraît donc bien démontré aujourd'hui, qu'une séreuse pourvue d'un endothélium altéré, présente une résorption diminuée. C'est par cette diminution du pouvoir endosmotique que l'on explique la moins grande résistance du péritoine malade à l'infection.

L'expérimentation entre les mains de Grawitz[4], Pawlowsky[5], Waterhouse[6], Tavel et Lanz[7], etc., a montré, en effet, que l'intro-

[1] Bouchard. *Path. génér.*, II° vol., p. 66.
[2] *Deutsche Zeit. für Chir.*, Bd. XLI.
[3] *Med. Rec.* New-York, 1900, LVII, p. 1113-1119.
[4] Grawitz. *Charite Annalen*, XI, 1886.
[5] Pawlowsky. *Centralb. für Chir.*, 1887, n° 48.
[6] Waterhouse. *Virchow's Arch.*, Bd. CXIX, 1890.
[7] Tavel et Lanz, *Mittheilungen aus klinischen und medicinishen Instituten der Schweiz*; I Reiche 1 Heft. Carl Sallmann, Basel und Leipzig, 1893.

duction de microbes mêmes pathogènes en suspension dans un liquide non irritant dans un péritoine sain, ne donne pas naissance à la péritonite. On admet, en pareil cas, que la résorption du péritoine est tellement puissante que les germes se trouvent privés de tout milieu de culture[1]. Si, au contraire, le pouvoir d'absorption du péritoine est diminué par une irritation ou une blessure quelconques, l'infection se déclare. Pour réaliser cette irritation, il suffit avec Grawitz et Pawlowsky d'introduire les microbes en suspension dans un liquide irritant.

Les surfaces pourvues d'une séreuse malade (par exemple le petit bassin après une hystérectomie) constituent donc un lieu de moindre résistance où la péritonite peut se déclarer sous l'influence de germes qui seraient inoffensifs déposés sur une région saine du péritoine.

Or, la péritonisation a pour effet d'isoler de la cavité abdominale toute surface séreuse altérée pour lui substituer une lame de péritoine sain et capable de se défendre contre l'infection.

Nous devons encore envisager le rôle antiseptique de la péritonisation à un autre point de vue.

Pour se faire une idée exacte de l'autoplastie idéale, dit avec beaucoup de raison Sneguireff[2], il faut s'adresser à la nature et voir comment elle cerne les foyers infectés du pelvis pour en protéger la cavité abdominale. Or, que voyons-nous dans les cas de pelvi-péritonite au point de vue de la répartition des adhérences?

Dans la disposition la plus commune, le grand épiploon est fixé et retenu dans le petit bassin et s'interpose à la manière d'une cloison, entre le pelvis et les anses grêles. La vessie, dans certains cas, peut venir adhérer par toute sa surface à l'utérus et surtout au fond de ce dernier. L'S iliaque est fréquemment tiré en avant et adossé à la face postérieure de l'utérus et des masses annexielles. En un mot, dans la pelvi-péritonite, nous assistons à un processus de coalescence des organes pelviens (vessie-utérus et annexes, anse sigmoïde) qui, réunis en un seul bloc par des adhérences, arrivent à constituer comme un diaphragme pelvien s'opposant à la marche ascendante de l'infection.

La péritonisation, telle que nous la décrirons plus loin, aboutit à refaire cette cloison pelvienne défensive, après extirpation de toutes les parties malades. Elle réalise un moyen de défense effi-

[1] Il faut tenir sans doute compte également de l'action phagocytaire.
[2] Sneguireff. *Loc. cit.*

cace de la grande cavité péritonéale par imitation du processus naturel de réaction du péritoine à l'infection.

Ces considérations de physiologie pathologique suffiraient à justifier le principe de la péritonisation. Il en est d'autres, d'*ordre mécanique*, qui lui fournissent un puissant appui. Elles ont trait à la production des *occlusions intestinales post-opératoires* immédiates ou tardives.

Les conditions anatomiques de la production des adhérences péritonéales sont bien connues : il est nécessaire, pour que deux surfaces séreuses s'accolent, qu'elles soient au préalable dépouillées de leur endothélium.

Ces conditions se trouvent réalisées et au delà dans de nombreuses interventions abdominales et en particulier pelviennes, où il peut y avoir, du fait des dissections chirurgicales, de véritables pertes de substance du péritoine, de véritables avivements en un mot. En ces points, l'intestin a des chances d'adhérer ou de subir des coudures pouvant aller jusqu'à la sténose complète.

Depuis que Spencer Wells [1] signalait pour la première fois les occlusions post-opératoires, la littérature médicale s'est enrichie de nombreux faits publiés notamment par Wolf Hirsch [2], Easterly Ashton [3], et plus récemment par L.-Championnière [4], Quénu [5], Legueu [6], Adenot [7], etc.

Notre maître Legueu, dans ces dernières années, a présenté une vue d'ensemble de la question.

« Toutes les opérations abdominales, ou presque toutes, celles au moins qui, après ouverture de la séreuse, nécessitent des manipulations sur l'intestin et le péritoine, et préparent pour l'avenir des adhérences, sont susceptibles de donner lieu à une occlusion intestinale post-opératoire. »

Depuis longtemps on a remarqué le grand nombre des occlusions, à la suite des laparotomies pour kyste de l'ovaire. Sur 57 cas d'occlusion intestinale rassemblés par Legueu, 27 fois l'occlusion parût à la suite de l'ovariotomie. M. Quénu explique cette fréquence par ce fait que l'intestin grêle soulevé par la tumeur, après ablation de celle-ci, retombe dans la cavité pelvienne de-

1 Sp. Wells. *Médical Time and Gazette*, 1860.
2 Wolf Hirsch. Quatorze observations d'occlusion intestinale après laparotomie, *Arch. für Gyn.*; Cologne 1888; Berlin, Bd. Hft., 11, p. 247.
3 Easterly Ashton. *Arch. gén. de Médec.*, 1893 (*The med. News*, 30 juillet 1892).
4 L.-Championnière. *Soc. de Chir.*, 1892.
5 Quenu. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1894, p. 423-461.
6 Legueu. *Gaz. Hôpitaux*, 1895, n° 136.
7 Adenot. *Rev. de Chir.*, 1896, p. 16-42.

venue libre et s'accole au pédicule avec la plus grande facilité. Ainsi, dans le cas de Macready [1], les adhérences siégeraient au niveau du pédicule droit. Dans celui-ci de Schively [2] l'intestin est adhérent à la paroi abdominale postérieure et surtout à la face profonde de la cicatrice. Dans les cas de Sontag [3] et de Ashton [4], le siège de l'obstacle était au niveau du péritoine pariétal et tenait à des adhérences qui avaient dû être dissociées au cours de l'opération.

Après l'ovariotomie, les salpingectomies entrent pour 9 cas sur 57 (Legueu). Le mécanisme de l'occlusion est à peu près le même qu'après les ovariotomies : sténose intestinale par adhérence, bride ou coudure en rapport avec les surfaces cruentées des pédicules ou du péritoine pelvien.

Philips [5], dans un cas typique, note sur une malade ayant subi la castration pour annexite, et morte d'occlusion un an plus tard, « que du pédicule utérin droit à la terminaison du grêle, existait une bride fibreuse sous laquelle une anse d'intestin grêle était étranglée ».

Il semble bien que dans tous ces accidents, dont nous pourrions allonger considérablement la liste, l'occlusion eût pu être évitée par l'enfouissement sous-séreux des pédicules et des surfaces cruentées voisines.

Un autre ordre de complications doit faire redouter la production des adhérences péritonéales. Sans nul doute, l'occlusion précoce ou tardive constitue le péril le plus grave auquel elles exposent, mais il en est un autre : ce sont des *coliques* très vives, persistantes, résistant à tous les moyens médicaux usuels et ne cédant qu'à la laparotomie qui va libérer l'intestin.

De tels faits déjà signalés par Crédé [6], Riedel [7] ont été à nouveau mis en lumière par Nicaise [8] et Bouquet de Jolinière [9], qui conseille le seul traitement rationnel, la rupture des adhérences suivie de la péritonisation des surfaces cruentées.

[1] Machready. *Brit. Med. journ.*, 1888, p. 816.
[2] Schively. *New-York Med. Journ.*, 1884, p. 292.
[3] Sontag. *Berl. Klin. Woch.*, 1887.
[4] Ashton. *Loc. cit.*
[5] Philips. *Lancet*, 10 septembre 1892.
[6] Crédé. Voy. Tr. chirurg. des coliques chron. graves, *in Rev. des Sc. Méd., de Hayem*, XXXI, p. 661.
[7] Riedel. *Arch. für klinische Chir.*, Bd. XLVII, 1894.
[8] Nicaise. Adhérences péritonéales douloureuses, *Rev. de Chir.*, août 1894, p. 621.
[9] Bouquet de Jolinière. *Des adhérences péritonéales considérées comme cause de phénomènes douloureux,* Th. Lyon, 1895.

Mais l'auteur n'envisage pas la péritonisation comme méthode générale et préventive.

II

DES AVANTAGES COMPARÉS DE LA PÉRITONISATION ET DU DRAINAGE A LA GAZE PAR LA VOIE ABDOMINALE OU PAR LA VOIE VAGINALE

1. — Comparaison avec le tamponnement « à la Mickulicz ».

On sait que la méthode de Mickulicz [1] et ses dérivées consistent essentiellement à bourrer la plaie pelvienne avec un sac de gaze simple ou iodoformé dont l'extrémité libre vient sortir dans l'angle de la plaie abdominale.

Pozzi [2], qui a introduit le tamponnement de Mickulicz en France, lui reconnaît les indications suivantes :

1° Le suintement abondant de sang redouté après l'occlusion des parois abdominales ;

2° L'existence dans la cavité péritonéale d'une surface septique susceptible de fournir des liquides dont la résorption serait nuisible ;

3° La large déchirure du péritoine agissant comme double facteur, à la fois comme source de suintement persistant et comme entrave au pouvoir normal de résorption.

Voici maintenant, selon Mickulicz lui-même, comment la méthode du tamponnement remplit ces diverses indications :

1° Le sac de gaze iodoformée sert de tampon hémostatique ;

2° Il draine la plaie pelvienne d'une manière simple et parfaite en utilisant la force capillaire ;

3° Il maintient la cavité aseptique et protège le péritoine contre cette source d'infection ;

4° Il isole la plaie pelvienne de la cavité péritonéale. En tant que corps étranger, il détermine, partout où le péritoine est normal, des adhérences qui protègent la grande cavité séreuse.

En résumé, la bourse de gaze iodoformée de Mickulicz représente à la fois un drainage capillaire et un tamponnement hémostatique et isolateur.

Ces avantages sont réels, et il n'est pas possible de contester que le tamponnement ne soit une excellente méthode à laquelle

[1] Mickulicz. *Arch. f. klin. Chir.*, 1881, Bd. XXVI, Hft. 1, p. 111.
[2] Pozzi. *Bull. Soc. de Chir.*, 1888, p. 205.

bien des opérées sont redevables de leur vie. Mais nous croyons qu'à l'heure actuelle, dans presque tous les cas, elle doit céder la place à la *péritonisation*, qui remplit absolument le même rôle que le tamponnement, présente les mêmes avantages sans avoir les mêmes inconvénients.

On pourrait seulement arguer en faveur du tamponnement son rôle de drainage par utilisation de la force capillaire. Mais il suffit d'associer (comme le font couramment MM. Terrier et Quénu), l'action des drains de caoutchouc à celle de la péritonisation pour voir tomber le dernier argument en faveur de Mickulicz.

Il ne faudrait d'ailleurs pas s'exagérer l'importance des fonctions aspiratrices du Mickulicz. Welch [1] a bien démontré l'influence irritante des corps étrangers sur le péritoine, et Berg [2] attribue en grande partie à cette irritation le suintement abondant qui peut se faire à l'extrémité libre du sac de Mickulicz, de telle sorte que cette exsudation dont s'applaudissent beaucoup de chirurgiens pourrait bien n'être qu'un témoignage d'une véritable péritonite traumatique relevant du tamponnement. D'autre part, il est fréquent d'observer des rétentions de liquides septiques derrière un tamponnement à la gaze, et, à ce point de vue, les tubes creux de caoutchouc paraissent bien préférables.

D'autres reproches ont été adressés au Mickulicz; nous ne ferons que les résumer brièvement.

a) Dans certains cas, le tamponnement trop serré a pu comprimer l'intestin et gêner son fonctionnement. Comme, d'autre part, le contact de la gaze avec la séreuse péritonéale a pour effet de créer rapidement des adhérences, il peut se faire, si le Mickulicz est resté longtemps en place, que l'aplatissement provisoire d'une anse intestinale ou sa soudure ne deviennent définitifs.

b) Les adhérences qu'il contracte rendent son retrait très difficile et très douloureux; dans des cas nombreux, une fistule intestinale s'est produite, causée par les adhérences de la gaze déchirées au moment de l'extraction [3].

c) Le tamponnement retarde la guérison définitive et laisse pendant longtemps à sa suite une fistule; il facilite l'infection des fils à la ligature, et si ceux-ci ne sont pas résorbables, la fistule ne se ferme qu'après leur expulsion, quelquefois un an, deux ans, trois ans, etc., plus tard.

Par ces fistules s'écoulent un très petite quantité de liquide séro-

[1] Welch. *The american Journal of medical Sciences*, nov. 1891.
[2] Berg. *Loc. cit.*
[3] Legueu et Labadie-Lagrave. *Tr. gyn.*, p. 476.

purulent; de temps en temps l'orifice cutané se bouche, les sécrétions s'accumulent en arrière de l'obstacle, la malade souffre et peut avoir de la fièvre. Puis au bout d'un temps variable, la cicatrice se rompt, le pus s'écoule. Ces alternatives se reproduisent indéfiniment par la persistance en arrière de la paroi abdominale d'un trajet profond qui suit la direction générale du Mickulicz et aboutit aux fils des pédicules. Il s'agit en somme d'un véritable abcès pelvien dont les ennuis ne sont pas loin d'égaler ceux d'une salpingo-ovarite suppurée.

d) Enfin la paroi abdominale se ferme par une cicatrice mince; la couche musculo-aponévrotique n'est pas reconstituée au niveau du large orifice par où sortait le Mickulicz; aussi les éventrations ultérieures sont-elles fréquentes. Chez une opérée de Fochier [1], il y eut à la fois fistule et éventration et, dans la suite, péritonite suraiguë par infection de la hernie due aux germes provenant du trajet septique.

De tous ces faits nous conclurons que l'emploi du tamponnement doit être restreint dans la mesure de possible.

Legueu[2] le limite aux cas suivants: hémorragie en nappe ou danger d'hémorragie, adhérences étendues, rupture de pyo-salpinx, présence dans le péritoine de foyers purulents incomplètement enlevés et danger de septicémie.

Quénu[3] va plus loin et il supprime complètement le Mickulicz de sa pratique pour le remplacer par la péritonisation systématique.

2. — Comparaison avec le drainage vaginal.

La péritonisation pelvienne doit également être mise en parallèle avec le *drainage vaginal à la gaze* : celui-ci compte, dans la génération actuelle des chirurgiens, de nombreux et fervents adeptes (Routier, Lejars, Jean-Louis Faure, etc.).

Son emploi est lié à celui de l'hystérectomie abdominale totale, bien qu'à vrai dire on puisse encore le faire succéder à une hystérectomie subtotale, en effondrant largement le cul-de-sac vaginal postérieur.

Il est facile à réaliser; il suffit avec une grande pince de plonger de haut en bas de la cavité pelvienne vers le vagin, une mèche de gaze iodoformée ou stérilisée. L'extrémité supérieure de cette

[1] Brenans. *Avantages et inconvénients du Mickulicz*, Th. Lyon, 1893-94, p. 50.
[2] F. Labadie-Lagrave et F. Legueu. *Tr. de Gyn.*, p. 746.
[3] Quénu. *Bull. Soc. chir.*, 1900.

mèche est étalée dans le petit bassin au niveau des espaces dénudés, souillés de pus ou suintants. Par l'extrémité inférieure intravaginale, viennent sourdre les liquides exsudés au niveau du pelvis. C'est un véritable tamponnement « à la Mickulicz », dont l'issue est vaginale au lieu d'être abdominale comme dans la méthode primitive de Mickulicz. De même que cette dernière, il représente à la fois un drainage capillaire et un tamponnement hémostatique et isolateur.

Il offre le grand avantage de permettre la suppression de tout drainage abdominal et la réunion complète de la plaie ; ses partisans lui reconnaissent entre outre des mérites spéciaux qui tiendraient à sa *déclivité*. Il n'est pas douteux que cet excellent procédé ne réalise un progrès notable sur le tamponnement « à la Mickuclicz ». Mais il n'est pas exempt de tout reproche : sans vouloir rappeler ceux qui tiennent aux difficultés de l'extraction et aux lésions possibles de l'intestin au moment de la rupture des adhérences de la gaze, nous signalerons seulement le danger qui résulte de la communication établie entre le vagin, cavité essentiellement septique et les anses grêles qui sont venues habiter le Douglas après l'évidement pelvien. Le drainage vaginal peut ainsi favoriser l'infection des pédicules : ainsi peut-on voir à sa suite, subsister au fond du vagin un trajet fistuleux, conduisant sur les ligatures. Ces fistules sont sans doute moins désagréables que celles succédant au retrait d'un tamponnement abdominal, mais elles peuvent néanmoins donner lieu à des phénomènes de rétention purulente avec fièvre et douleur.

La malade peut encore souffrir en raison des adhérences contractées dans le fond du petit bassin ; le drainage vaginal en effet ne permet pas de reconstituer le plancher séreux pelvien : il le laisse dans les mêmes conditions, ou peu s'en faut, qu'une hystérectomie vaginale. C'est peut-être là son plus grave défaut et la cause de son infériorité sur la péritonisation qui assure, nous l'avons vu, une guérison plus voisine de l'état physiologique.

III

TECHNIQUE DE LA PÉRITONISATION

La péritonisation constitue pour nous une méthode générale, et l'on peut dire qu'il est peu d'opérations abdominales où elle ne puisse être effectuée avec profit.

Nous nous contenterons de l'envisager dans les opérations pelviennes où elle est de pratique courante et fait pour ainsi dire partie de l'acte opératoire :

1° L'appendicite ;

2° Les kystes de l'ovaire ;

3° Les fibromes ;

4° Les salpingo-ovarites.

Dans l'*extirpation abdomino-périnéale du rectum*, pour cancer haut situé, M. Quénu, chez la femme, applique accessoirement le principe de la péritonisation.

Après l'amputation du rectum, la cloison formée par l'utérus d'une part et les ligaments larges d'autre part, bascule en arrière vers le sacrum et vient fermer pour ainsi dire le petit bassin. Notre maître pense que cette disposition anatomique explique pour une part les succès de la méthode abdomino-périnéale chez la femme. On sait que chez l'homme le nombre des morts égale celui des opérations [1].

Dans certains cas, M. Quénu s'est bien trouvé de fortifier la disposition anatomique normale en suturant l'utérus et les ligaments larges au péritoine de la paroi pelvienne postérieure.

1. — Péritonisation de l'appendicite.

Dans la résection de l'appendice à froid, M. Quénu a pour habitude d'enfouir le moignon cautérisé dans un pli de la paroi cæcale obtenu à l'aide de quelques points séro-séreux.

Cette précaution paraît inutile à certains chirurgiens qui se contentent, après ligature et section de l'appendice, de cautériser le moignon appendiculaire. Cette pratique a pour elle sa rapidité et sa simplicité d'exécution. Elle a donné d'innombrables succès, mais elle a pu être incriminée dans la genèse de certains accidents. Alexander Skene [2] aurait vu 15 fois, sur 549 opérations, le moignon donner naissance à des suppurations locales et même à des fistules stercorales très tenaces.

Aussi vaut-il mieux faire l'invagination. Et même, dans certains cas d'appendices très volumineux, M. Quénu est partisan de recouvrir la surface cruentée du pédicule en rabattant sur elle

[1] Abstraction faite du succès publié récemment dans la *Gazette des hôpitaux*, par Pierre Delbet.

[2] Skene. *New-York med. J.*, 1898.

une collerette péritonéale disséquée sur la racine de l'appendice. On procède de la façon suivante :

L'appendice étant tendu par un aide, on incise circulairement la tunique séreuse du péritoine, à 2 centimètres environ de son implantation ; avec le dos du bistouri, on décolle une manchette de péritoine sur la racine de l'appendice (tout comme une manchette de peau dans une amputation circulaire). Cette décortication est poursuivie pendant un centimètre à un centimètre et demi environ jusqu'au point où doit porter la section de l'appendice.

A ce niveau, on place une ligature sur l'appendice ; on sectionne et cautérise le moignon, puis on rabat sur lui le capuchon péritonéal que l'on ferme par quelques points de suture. Alors, seulement, on procède à l'enfouissement dans l'épaisseur de la paroi cæcale. Il est également bon d'enfouir la base généralement très épaissie et infiltrée du méso-appendice par un surjet conduit sur le cæcum, du point d'implantation de l'appendice vers la terminaison de l'iléon.

Dans certains cas où appendice et cæcum sont englobés dans des adhérences et dans une gangue inflammatoire, le travail de péritonisation peut aller plus loin.

Dans les travaux récents faits sous l'instigation de Poncet, de Lyon, Poncin [1] et Vignard [2] ont préconisé un procédé d'appendicectomie sous-séreux qui peut être considéré comme une méthode préventive de *péritonisation.*

Il s'adresse à ces cas où, l'appendice intimement adhérent à l'intestin (cæcum ou côlon) ne peut être décortiqué qu'au prix de dangers de déchirure des anses adhérentes.

L'appendicectomie sous-séreuse, application particulière de la méthode sous-capsulaire employée dans la chirurgie du rein, du corps thyroïde, etc..., consiste, après avoir incisé la séreuse appendiculaire, à extraire l'appendice de son fourreau péritonéal.

Cette manœuvre serait rendue facile, d'après Vignard, par la faible adhérence de l'enveloppe péritonéale au corps de l'appendice. Nous avons entendu M. le professeur Terrier exprimer, dans une clinique récente, l'idée que le plan de clivage se fait en réalité en pleine tunique musculaire.

Lorsque la séreuse de l'appendice est très malade, on conçoit mal qu'elle soit susceptible d'une telle décortication. Quoi qu'il en

[1] Poncin. *Appendicectomie sous-séreuse,* th. Lyon, 1901.
[2] Vignard. *Rev. de Chir.*, déc. 1901, p. 829.

soit, si le fait était susceptible d'être généralisé, il pourrait limiter les dégâts intestinaux au cours de l'appendicectomie et, par suite, restreindre les indications de la péritonisation.

Les deux méthodes, en ce qui concerne la paroi intestinale, visent au même but, à savoir : ne pas compromettre la vitalité et la solidité de la paroi du tube digestif par dénudation de sa tunique séreuse.

2. — Péritonisation dans les kystes de l'ovaire.

La technique est généralement très simple. La surface à recouvrir est presque toujours minime; quelques points de surjet suffisent pour adosser la séreuse à elle-même au-dessus de la section du pédicule, suivant le principe énoncé par Condamin [1], de Lyon. Dans certains cas, surtout lorsqu'il s'agit de kyste à pédicule tordu, la tumeur adhère par toute sa périphérie; en certains points, les adhérences sont plus intimes et leur rupture entraîne des décollements et des avivements du péritoine pariétal. Péritoniser de telles surfaces pourrait paraître superflu si l'on ne se souvenait de la fréquence des occlusions après les ovariotomies, et, en particulier, des cas de Sonntag [2] et de Ashton [3] où la sténose intestinale fut justement causée par des adhérences pariétales dissociées au cours de l'opération.

Aussi, en pareil cas, avant de refermer le ventre, il faut opérer une sorte de plissement longitudinal du péritoine, de manière à recouvrir toutes les surfaces dénudées. Ce travail de réparation est rendu facile par la distension de la paroi et la laxité de la séreuse.

Dans un mémoire récent, MM. Quénu et Longuet [4] ont exposé que, à la suite de laparotomie pour kystes dont l'extirpation amène une dénudation utérine étendue, ils n'hésitent pas à pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale, dans un but d'autoplastie péritonéale.

Dans le cas de kystes végétants des ovaires, où les productions néoplasiques adhèrent quelquefois si intimement au péritoine pelvien et sont si extensives, on peut être amené à réséquer des portions étendues de séreuse malade, puis à extra-péritonaliser,

[1] CONDAMIN. *Rev. méd.*, déc. 1893 et janv. 1894.
[2] SONNTAG. *Loc. cit.*
[3] ASHTON. *Loc. cit.*
[4] QUÉNU et LONGUET. *Rev. de Chir.*, juill. 1900.

pour ainsi dire, toute la cavité pelvienne en suturant le péritoine pelvien à l'anse sigmoïde.

3. — Péritonisation dans les fibromes

Elle est en général facile en raison de l'intégrité habituelle du péritoine pélvien. L'autoplastie péritonéale se fait aux dépens d'un large lambeau disséqué sur la face antérieure de l'utérus. On peut y ajouter un petit lambeau postérieur, de manière à obtenir une collerette péritonéale complète. Mais ce dernier lambeau est assez difficile à tracer, et il n'est pas indispensable.

Le péritoine antérieur, en effet, est suffisant pour être rabattu sur le moignon du col et pour rejoindre le liséré péritonéal qui borde en arrière la section du col.

L'acte essentiel de la réfection du plancher pelvien consiste à conduire un long surjet, au fil d'Alsace ou de catgut fin, d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre. Il sera utile, avant d'enfouir le moignon du col, de réunir ces deux lèvres par quelques points au catgut, qui rempliront un rôle hémostatique et pourront éviter la constitution d'un hématome sous-péritonéal.

Si le fibrome siège dans le ligament large et que l'utérus puisse être conservé, on se contentera, après énucléation du fibrome, de reconstituer le ligament large par une suture au niveau de son bord supérieur.

Une série de points en capiton évitera la constitution d'un espace mort, et effacera la loge occupée antérieurement par la tumeur. Ce capitonnage permettra d'éviter le tamponnement ou les drains, et, de la sorte, viendra accélérer la guérison.

Si le fibrome est compliqué d'annexites adhérentes dont l'ablation nécessite des délabrements étendus, on rétablira la continuité de la séreuse saine par un des procédés indiqués plus loin à propos des salpingites.

4. — Péritonisation dans les salpingites

C'est incontestablement dans le traitement des affections inflammatoires du petit bassin que la péritonisation trouve ses indications les plus nombreuses et les plus légitimes.

Non seulement elle contribue au succès immédiat de l'opération, mais encore elle assure une guérison à distance plus complète. On conçoit que le travail de réfection de la séreuse et du plancher pelvien se proportionne à l'étendue des délabrements opératoires;

ceux-ci dépendent eux-mêmes de la nature des lésions.

Nous envisagerons donc les différentes formes des salpingo-ovarites en présence desquelles on peut se trouver au cours de la laparotomie. Après avoir indiqué pour chaque cas la technique opératoire que nous avons vu suivre par M. Quénu, nous passerons ensuite en revue les procédés utilisés par divers chirurgiens en vue de la restauration du plancher pelvien.

L'étude des résultats obtenus par ces divers auteurs servira à mettre en relief la valeur de chacun des procédés.

a) Examinons d'abord le cas le plus simple, celui où nous trouvant en présence d'une *salpingo-ovarite unilatérale*, la conservation de l'utérus est une loi qui souffre bien peu d'exceptions (fibrome, métrite très prononcée, etc...). Au moyen de deux fils passés sous la trompe à travers le ligament large et entre-croisés, on jette une double ligature, l'une externe, sur les vaisseaux utéro-ovariens, l'autre interne, sur l'origine de la trompe et la terminaison des vaisseaux utérins.

Un surjet (au catgut si le pus de l'ovaire ou de la trompe a souillé le petit bassin, à la soie fine si le péritoine a été protégé) conduit du détroit supérieur à l'angle de l'utérus, enfouit les deux pédicules. On utilisera, si besoin est, l'origine du ligament rond que l'on étalera pour recouvrir soit le moignon de la trompe, soit une érosion de la corne utérine correspondante.

A côté de cette manière expéditive de section et de ligature en masse, il existe une deuxième méthode, plus lente, mais dont les avantages paraissent compenser, et au delà, cette légère augmentation de durée. C'est celle qui a été indiquée par Delbet au Congrès français de chirurgie de 1896.

A l'exemple des Américains, Krug, Kreutzmann, Dussering, Penrose, Kelly et d'autres, Delbet[1] a proposé de sectionner le ligament large au niveau de son bord supérieur, sans ligature préalable. Les vaisseaux sont pincés isolément au fur et à mesure. La plaie longitudinale qui va de la corne utérine au détroit supérieur est fermée par un surjet.

Legueu[2] s'est rallié à cette manière de procéder : « Elle permet d'enlever la totalité de la trompe sans laisser le moindre moignon ; elle supprime les tiraillements produits par les ligatures en masse ; elle supprime la cause réelle de l'infection des fils ; elle

[1] Delbet. *Congr. franç. de chir.*, 1896, p. 915.
[2] L. Lagrave et Legueu. *Tr. gyn.*, 2e éd., p. 744.

supprime enfin les surfaces cruentées et diminue d'autant les chances de formation des adhérences. »

b) *Salpingo-ovarites doubles, mais peu adhérentes.* — Pendant longtemps on s'est contenté d'appliquer à de tels cas la castration bilatérale avec conservation de l'utérus.

On arguait en faveur de cette technique que l'utérus subissait une atrophie rapide équivalent presque à une disparition complète. En réalité, bien souvent l'utérus persiste et peut même rester hypertrophié, s'il l'était avant l'opération. Il peut donner lieu à des troubles douloureux et à des pertes métritiques assez accentuées pour avoir nécessité une intervention secondaire.

Il résulte des statistiques de Schauta, de Landau et de Bardenhauer que la castration bilatérale ne donnait pas une proportion de guérisons parfaites supérieure à 50 % des cas. Hartmann[1], Delbet, en France, ont fourni, il est vrai, des chiffres plus élevés (55 à 60 %). Baudron[2], réunissant les résultats de nombreux chirurgiens, arrive à trouver 68 % de résultats satisfaisants.

Cette inconstance dans les guérisons parfaites relève presque toujours de l'utérus.

Si l'utérus est sain, il s'atrophie rapidement par disparition des éléments musculaires et prolifération du tissu conjonctif (Sassier), mais la muqueuse reste intacte (Sokoloff, Eckardt). Mais si l'utérus est malade (métrite, fibrome), l'influence de la castration sera quelquefois nulle sur la lésion utérine, et on verra persister des métrorrhagies, des pertes blanches ou purulentes, des douleurs pelviennes.

Ainsi s'explique qu'il a été utile, dans quelques cas, de faire soit un curettage, soit une hystérectomie vaginale secondaire pour compléter une simple castration par laparotomie. Richelot, sur 300 malades laparotomisées, a dû 53 fois pratiquer une hystérectomie vaginale secondaire pour des accidents utérins.

Aussi, selon la phrase de Legueu « la formule suivante tend déjà à s'imposer partout : toute castration annexielle bilatérale doit être suivie de l'ablation de l'utérus[3] ».

Un autre ordre de considérations qui tient particulièrement à notre sujet, constitue une nouvelle indication de l'hystérectomie, au cours des laparotomies pour annexites : nous voulons parler de la fréquence des lésions des cornes utérines et surtout de la

[1] Voy. Audiau, Th. Paris, 1897.

[2] Baudron. *De l'hystérectomie vaginale dans les lésions inflammatoires des annexes*, th. Paris, 1893.

[3] L. Lagrave, Legueu. *Tr. gyn*, p. 738.

paroi supérieure de l'utérus : très souvent, après décortication des poches suppurées, elle apparaît rugueuse, dépolie, recouverte d'exsudats péritonéaux. La seule constatation de cette dénudation utérine constitue pour nous (même avec un utérus qui par ailleurs est sain) une indication d'hystérectomie. En pareil cas, la recherche d'une réfection parfaite du plancher pelvien suffit pour commander l'ablation de l'utérus.

Sneguireff[1], qui pratique souvent dans les annexites l'ovariotomie double sans hystérectomie, a proposé une méthode originale de péritonisation pour le cas où « on observe sur le fond de l'utérus des adhérences sous forme de feutrage velu, rougeâtre pouvant provoquer des adhérences intestinales ».

« Ces adhérences, dit-il, sont très difficiles à détruire, et même si on y arrive, on court le risque de provoquer une hémorragie parenchymenteuse; aussi est-il préférable de fixer l'utérus et de couvrir ces régions par le feuillet pariétal. Cette fixation se fait à l'aide d'une aiguille pointue et de la soie moyenne; l'aiguille traverse d'abord, d'arrière en avant, une corne; le feuillet pariétal du péritoine est saisi sur la face antérieure avec des pinces et tendu au-dessus de la corne utérine où il est enfilé par l'aiguille qui traverse ensuite les muscles et les aponévroses, en sortant par l'angle inférieur de la plaie. L'aide pousse l'utérus vers la symphyse pelvienne, et le fil est serré. On fait de même de l'autre côté, et les restes des ligaments larges, ramassés vers l'angle de l'utérus, sont fixés à l'aide d'une suture au péritoine pariétal. Si on place alors la malade dans la position de Trendelenburg et si on enlève toutes les anses intestinales de l'espace de Douglas, on voit que la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges limite en avant l'espace de Douglas par une ligne péritonéale ininterrompue.

Nous croyons qu'au lieu d'utiliser la pratique de Sneguireff, il vaut mieux faire l'hystérectomie subtotale qui n'est pas d'une exécution plus difficile que l'hystéropexie de Sneguireff, qui permet une péritonisation aussi parfaite, sinon plus, et qui, de plus, évite au malade les inconvénients réels de la conservation de l'utérus.

La conclusion de tous ces faits est que très fréquemment, après l'ablation bilatérale des annexes, nous faisons l'hystérectomie supra-vaginale.

Nous n'avons pas à décrire la technique de cette opération [2].

[1] *Rev. chir.*, septembre 1899, p. 261.

[2] L'hystérectomie supra-vaginale pour lésions inflammatoires des annexes ne



Disons seulement qu'en vue de la péritonisation ultérieure, nous nous attachons à ménager le péritoine de la face antérieure de l'utérus.

Pour atteindre ce but, on incise transversalement le péritoine utérin d'un bord de la matrice à l'autre, en passant aussi près que possible du fond utérin.

Il est généralement facile de disséquer ce lambeau de séreuse, soit en la faisant glisser avec une compresse sur la face antérieure de l'utérus, soit en le libérant avec la pointe mousse des ciseaux.

Pour peu qu'on apporte d'attention à cette manœuvre, la vessie ne saurait être intéressé. La ligne de réflexion du péritoine de l'utérus sur la vessie est facile à mettre en évidence sous forme d'une traînée blanchâtre.

Dans quelques cas, il est possible de prendre sur la face postérieure de l'utérus un petit lambeau séreux (la chose est courante dans les fibromes). Il n'en est plus de même dans les annexites, le siège maximum des lésions péritonéales correspondant presque toujours au bas-fond de Douglas. Le lambeau de péritoine rétro-vésical est souvent le seul à pouvoir être utilisé. Dans la majorité des cas, il est assez long pour pouvoir rejoindre le péritoine postérieur coupé au ras du col ou même le péritoine de la région présacrée.

La surface à recouvrir après les hystérectomies supra-vaginales pour annexites revêt dans son ensemble l'aspect d'un croissant. Elle comprend une partie centrale ovalaire correspondant à la section du col et qui se prolonge à droite et à gauche par deux cornes correspondant à la base des ligaments larges.

La péritonisation de cette surface est précédée de l'évidement conique du col et de sa cautérisation.

Quelques points au catgut rapprochent les lèvres du col : ce premier surjet est à la fois occlusif et hémostatique ; de plus, il réduit la section cruentée du moignon cervical. Pour recouvrir la totalité de la plaie en croissant, il suffit de conduire un long surjet (au fil d'Alsace fin, catgut 00 ou soie fine) du pédicule utéro-

comporte pas d'ailleurs une technique uniforme. Tantôt on se trouvera bien, avec Terrier, de faire d'abord l'hystérectomie pour se faire du jour et pouvoir décortiquer les annexes *de bas en haut*.

Dans d'autres cas, il sera plus facile de [illegible]ortiquer d'abord les annexes avant de procéder à l'ablation de l'utérus. D'a[illegible]fois encore, on pourra inciser de droite à gauche et de gauche à droite, [illegible]procédé américain, en prenant soin de commencer par le côté le moins a[illegible]

ovarien gauche au pédicule ovarien droit. Les deux lèvres du péritoine se trouvent ainsi adossées au-dessus des pédicules et du moignon cervical.

c) *Salpingo-ovarite suppurée bilatérale adhérente avec abcès pelviens concomitants*. — Lorsqu'on se trouve en présence de malades ayant subi pendant plusieurs années des poussées successives de pelvi-péritonite, l'acte opératoire atteint son maximum de complexité. La *péritonisation* qui en constitue le dernier temps devant recouvrir des surfaces de plus en plus étendues, devient elle-même plus difficile, mais en même temps son rôle devient plus important. Le surcroît de manœuvres qu'elle comporte est compensé et au delà par la sécurité qu'elle donne au point de vue de l'hémostase et de la résistance à l'infection.

Une disposition des lésions que l'on peut prendre comme type de description, en raison de sa fréquence, est celle des poches suppurées, ovariennes, tubaires ou même péritonéales, comblant le bas-fond de Douglas, bloquant le rectum, enfouissant l'utérus au point de le rendre quelquefois difficile à découvrir sous l'amas de fausses membranes et des exsudats péritonéaux. On est alors amené à pratiquer un véritable évidement du petit bassin. La décortication est surtout laborieuse au niveau des organes pelviens : pour isoler la vessie, l'urètre, le rectum surtout, il devient nécessaire, pour ainsi dire, de les sculpter au milieu des tissus enflammés.

L'opération terminée, le pelvis apparaît sous l'aspect d'une vaste excavation dénudée dont la surface irrégulière, tomenteuse, recouverte de débris et d'exsudats, suinte sur toute son étendue. Le rectum se montre aminci, friable, dépouillé de séreuse, l'uretère et les vaisseaux hypogastriques ont pu être mis à nu. A de tels dégâts, notre maître, M. Quénu, oppose, depuis 1896, une technique dont nous avons été à même d'apprécier les bons résultats quand nous étions son interne. Elle repose sur l'adossement de l'anse sigmoïde à la vessie. Quelques *considérations anatomiques* feront mieux comprendre la possibilité et la légitimité de cette suture.

Notions anatomiques. — La *possibilité* de l'union de l'anse sigmoïde et de la vessie résulte nettement des dispositions anatomiques normales. Ainsi que l'a bien démontré Jonesco[1], le côlon pelvien siège d'habitude dans la cavité pelvienne, rarement dans

[1] JONNESCO. *Le côlon pelvien chez l'embryon et chez le nouveau-né*. Th. Paris, 1892. — Le côlon pelvien chez l'adulte. *Hernies rétrop.*, 1890, p. 132-144.

la cavité abdominale. Cette dernière disposition est peu favorable à la réfection du plancher pelvien. Le côlon pelvien se présente alors sous forme d'une grande anse flottante qui peut occuper dans la cavité abdominale des situations diverses, suivant qu'elle est plus ou moins longue. « Elle peut remonter jusqu'aux confins de la région ombilicale et de l'épigastre ; elle forme alors une énorme anse côlique située devant les côlons ascendant, transverse et descendant. D'autres fois elle remonte seulement dans la région hypogastrique de derrière l'ombilic. »

On conçoit que dans tous ces cas il puisse être difficile d'amener l'anse sigmoïde au contact de la vessie. Il pourrait en résulter des tiraillements nuisibles au bon fonctionnement du réservoir urinaire. Mais cette *position haute* de l'anse sigmoïde ne se présente pas dans plus de 8 % des cas, d'après Jonnesco.

Dans l'immense majorité des cas (92 %), l'anse sigmoïde occupe la *position basse* ; elle se porte transversalement, de gauche à droite, derrière l'utérus. Quelquefois rectiligne, plus souvent flexueuse, elle est reliée à la paroi postérieure par un long méso.

« Quand le côlon pelvien se redresse, à la suite de sa propre distension ou, après le développement des autres viscères pelviens, et surplombe l'orifice d'entrée du petit bassin, son mésocôlon se déploie et s'étale sur cet orifice qu'il ferme. Alors, la surface pelvienne du mésocôlon devient inférieure et forme, entre la cavité pelvienne et la cavité abdominale, un plancher mobile sur lequel reposent les anses grêles[1]. »

On voit donc qu'il peut exister à l'état physiologique un véritable effacement sous-séreux du petit bassin. La péritonisation chirurgicale fixe à l'état permanent une disposition anatomique qui peut se rencontrer passagèrement dans l'anatomie du petit bassin. Il importe d'être fixé sur les dimensions habituelles du mésocôlon pelvien pour apprécier dans quelle limite il peut être tiré en avant, pour permettre à l'anse sigmoïde d'aller à la rencontre de la face postérieure de la vessie.

La hauteur du mésocôlon pelvien est très variable. Au niveau de l'origine du côlon ilio-pelvien, c'est-à-dire dans la fosse iliaque gauche devant le muscle psoas, le méso est très court et ne mesure guère plus de 2 centimètres (Jonnesco). Au niveau de la portion pelvienne de l'anse sigmoïde, le méso devient plus long et atteint le plus souvent 10 à 16 centimètres.

De cette disposition du mésentère, se déduit une précaution des

[1] Jonnesco, in *Tr. Anatomie* Poirier, t. IV, p. 346.

plus importantes pour réaliser, sans aucun danger, l'adossement vésico-sigmoïde. Il faut, dans le surjet d'union, utiliser la portion pelvienne pourvue du long méso, et non l'origine de l'anse sigmoïde. Si on voulait amener l'angle gauche de l'anse sigmoïde au contact de la vessie, on risquerait d'exercer un tiraillement nuisible et de créer une sténose sur l'origine de l'anse au point où elle se continue avec le côlon iliaque.

Il y a donc un écueil à éviter qui pourrait rendre meurtrière une excellente méthode. On se gardera donc de conduire le surjet vésico-sigmoïde trop loin vers la partie gauche de la cavité pelvienne.

Voici quelle est donc notre technique après évidement complet du petit bassin pour annexite et pelvi-péritonite suppurée.

L'utérus vient d'être enlevé par amputation sus-cervicale : le moignon fixé au fond du petit bassin, après évidement conique et thermocautérisation, a eu ses deux lèvres rapprochées par un surjet à la fois occlusif et hémostatique. Les pédicules vasculaires jalonnent une vaste surface cruentée correspondant à la base des ligaments larges et débordant en arrière dans le bas-fond de Douglas et sur le rectum.

Un premier surjet, d'étendue variable avec chaque malade, rapproche dans la mesure du possible le péritoine antérieur aux débris du péritoine postérieur. Cette suture qui, dans les fibromes simples, suffit pour rétablir la continuité de la séreuse saine, se montre ici très insuffisante, puisqu'elle laisse subsister de vastes espaces dénudés au niveau du cul-de-sac de Douglas du rectum et des vaisseaux hypogastriques.

Pour fermer cette plaie pelvienne, nous utilisons le péritoine qui tapisse la paroi inférieure de la paroi abdominale et se réfléchit sur la face postérieure de la vessie. Il est presque toujours sain, les lésions de pelvi-péritonite génitale étant surtout postérieures.

a) Ce lambeau séreux, tendu au-dessus du petit bassin, est fixé par un surjet au péritoine pelvien postérieur et à celui de l'extrémité supérieure du rectum. Ainsi se trouve établi au-dessus du Douglas un cul-de-sac vésico-rectal peu profond.

b) Si le feuillet antérieur est trop court, nous ne lui faisons parcourir que la moitié du chemin et nous amenons au-devant de lui l'anse sigmoïde.

Le côlon pelvien, en effet, à moins d'infiltration pathologique de son méso, est assez mobile pour pouvoir être écarté de la paroi pelvienne postérieure sans aucun tiraillement et sans aucune

réduction de son calibre. Souvent il tombe de lui-même dans le petit bassin et provoque l'idée de combler avec lui l'espace dénudé.

Par un surjet vésico-sigmoïde, nous unissons le péritoine vésical au péritoine de la face antérieure du côlon pelvien. Du côté de l'intestin, l'aiguille charge séreuse et musculeuse; du côté de la vessie, elle traverse le péritoine immédiatement en avant du surjet correspondant à la base des ligaments larges.

Il résulte de cette suture un effacement complet du cul-de-sac de Douglas. Le siège des lésions extirpées se trouve complètement séparé de la grande cavité péritonéale; il est, pour ainsi dire extériorisé au-dessous d'elle : anse sigmoïde et vessie adossées, forment une cloison complète. Cette adhérence artificielle, créée par le chirurgien, constitue, au même titre qu'une adhérence inflammatoire, un moyen de défense de la grande cavité séreuse contre une infection ascendante partie du petit bassin.

La face supérieure de ce diaphragme est parfaitement lisse; la malade étant remise dans la position horizontale et le ventre refermé, l'intestin vient peser sur cette cloison. Il l'applique intimement par l'effet de la pression intra-abdominale contre le bas-fond de Douglas, en comblant tous les espaces morts; mais il ne pourra venir ni adhérer au niveau des surfaces cruentées, ni s'enflammer à leur contact.

Il va sans dire que cet enfouissement sous-séreux de la cavité pelvienne est incompatible avec une opération incomplète, laissant subsister des fragments de trompe ou d'ovaire, des débris caséeux et des clapiers hémorragiques.

A vouloir appliquer la méthode en pareil cas, on risquerait de voir se constituer des collections pelviennes sous-péritonéales.

L'effacement sous-péritonéal du pelvis est, en quelque sorte, une méthode de précision qui assure une grande bénignité aux évidements du pelvis, jadis si graves, et procure une guérison rapide. Mais cette manœuvre n'est possible qu'au prix d'une minutie plus grande dans l'extirpation des lésions.

Elle est le complément des opérations *finies*, c'est-à-dire comportant l'ablation intégrale des lésions, l'assèchement aussi parfait que possible de la plaie, destruction de tous les reliquats pathologiques par le grattage à la curette, de l'attouchement au thermocautère.

La malade, loin de perdre, gagnera à cette augmentation de durée de l'acte opératoire : elle guérira plus sûrement et d'une manière plus parfaite.

Réparations de voisinage. — Il y a des cas où la péritonisation

peut conduire à d'utiles réparations du côté de l'intestin.

Sneguireff signale un fait « où la partie supérieure du rectum et la partie adjacente de l'S iliaque étaient tellement déchirées, que la couche séro-musculeuse se trouvait dilacérée sur une longueur de 2 pouces 1/2 et sur une largeur de 2 pouces, de sorte que la muqueuse seule protégeait la perforation. Il n'y avait pas lieu de penser ici à la suture directe, il n'y avait qu'à réséquer l'intestin, ou à faire un anus artificiel, mais les deux opérations sont peu engageantes. Alors, j'ai avivé, en la curettant, toute la surface postérieure de l'utérus et de ce qui restait des ligaments larges, et j'ai fixé partout l'intestin à la paroi postérieure de l'utérus. Les suites furent brillantes, la perforation n'a pas eu lieu, le rectum a adhéré ».

Dans un cas de large blessure du gros intestin, au niveau du passage de l'S iliaque dans le grand bassin, Sneguireff a séparé, à droite, le péritoine avec les muscles, d'avec la paroi abdominale, et a fermé la solution de continuité. Dans ce cas encore, il n'y eut pas de perforation et la terminaison fut très satisfaisante.

De même, M. Quénu a pu éviter une perforation du rectum, par adaptation du ligament large gauche contre la face latérale gauche dénudée du rectum.

Dans un autre cas, il a pu fermer une déchirure de l'anse sigmoïde, produite par les manœuvres de décortication.

Cependant, nous devons ajouter que ces réparations seront quelquefois rendues très difficiles et même impossibles, en raison de la friabilité extrême de l'anse sigmoïde. Ainsi, dans une observation au cours de la libération d'une salpingite ouverte dans le rectum, « la paroi très friable de l'anse sigmoïde se perfore. Il est impossible de fermer la perforation : en raison de la friabilité extrême de la paroi intestinale, les sutures tentées coupent à chaque fois, sans autre résultat que d'agrandir la perforation ».

Ces cas sont exceptionnels.

Généralement à la péritonisation, M. Quénu adjoint le drainage abdominal qui constitue comme une soupape de sûreté contre l'infection et l'hémorragie. Quant au drainage vaginal des espaces pelviens sous-séreux, il le croit inutile dans la grande majorité des cas et y a renoncé. Il pense que si le liquide s'accumulait dans ces espaces, il filtrerait facilement à travers la suture péritonéale et serait recueilli par le drain abdominal[1].

[1] Nous n'avons jamais vu dans le service de M. Quénu d'accident pouvant être

Nous avons envisagé différents types, mais il va sans dire que la péritonisation ne comporte pas une technique uniforme. L'étendue et le siège des lambeaux utilisés pour tapisser la cavité pelvienne peuvent comporter de multiples variations. Un seul principe doit limiter le chirurgien dans les glissements qu'il fait subir à la séreuse : éviter tout tiraillement des organes rapprochés par la suture. C'est ainsi que, par suite d'une brièveté de son méso, il nous est arrivé de ne pas pouvoir amener l'anse sigmoïde dans toute son étendue en contact avec la face postérieure de la vessie. Nous nous contentons dans ce cas de fixer par quelques points l'une de ces extrémités, celle qui est la plus mobile, au péritoine vésical. Il en résulte une réparation incomplète : le Douglas, comblé seulement dans une de ses moitiés, prend la forme d'un entonnoir dans lequel nous faisons plonger un drain.

De diverses techniques de réfection du plancher pelvien

Nous donnons dans les pages suivantes les procédés d'autoplastie péritonéale d'un certain nombre de chirurgiens partisans de l'hystérectomie abdominale pour annexites.

Nous avons déjà dit que le procédé initial dû à Baldy comportait un temps de péritonisation pelvienne.

Voyons comment ce temps de réfection pelvienne a été envisagé par les chirurgiens qui ont suivi la voie tracée par Baldy et en premier lieu par Delagenière, le propagateur de la méthode en France, et par Bardenhauer qui joua le même rôle en Allemagne.

Delagenière est partisan de l'hystérectomie totale [1].

Dans un premier temps il pratique l'isolement et l'ablation des annexes. Dans un second temps, en vue de la péritonisation ultérieure, il procède au « *tracé de la collerette* ».

« Nous désignons sous le nom de collerette, la portion du péritoine utérin d'où l'utérus sera énucléé et avec lequel la cavité péritonéale sera refermée à la fin de l'opération.

« L'utérus sera saisi avec une pince à griffes et tenu soulevé. On fera partir une incision horizontale tout autour de l'utérus de façon que le tracé de l'incision passe en avant à 1 centimètre 1/2 au-dessus de la vessie, en arrière plus ou moins bas, suivant qu'il y a ou non intérêt à supprimer une partie de cette moitié posté-

imputé à la rétention de liquide septique au-dessous du diaphragme vésico-sigmoïde. Nous rapportons plus loin que M. le Professeur Terrier, pour parer à cette éventualité, fait plonger un drain jusque dans le petit bassin par un hiatus laissé à la suture vésico-sigmoïdienne.

[1] *Archives provinciales de chirurgie*, 1895.

rieure de la collerette, comme cela sera le cas, si en décortiquant les annexes, on a plus ou moins dénudé la face postérieure de l'utérus.

« L'incision doit être faite superficielle, mais elle doit cependant atteindre les couches musculaires, sans quoi on s'exposerait à déchirer la collerette pendant sa dissection, ce qui compliquerait inutilement la fermeture ultérieure du péritoine.

Dissection de la collerette. — Cette dissection très importante doit se faire lentement, aidée de temps à autre par un instrument tranchant.

Les bords de la collerette sont repérés avec les pinces, ce qui facilitera le décollement surtout en avant. Le doigt devra toujours suivre le muscle utérin avec sa face palmaire, l'ongle ne devant intervenir dans le décollement qu'en agissant directement sur le muscle utérin. La vessie et les uretères seront décollés en avant, sur les côtés, il sera inutile de se préoccuper des ligaments larges qui se trouvent d'eux-mêmes écartés; mais il sera utile, en se rapprochant du col, d'empiéter un peu sur le muscle utérin, pour ne pas être gêné par des blessures successives de l'artère utérine et de l'arcade qui relie cette artère à l'artère utéro-ovarienne. Près du vagin, l'artère utérine devra être sectionnée, puis saisie avec une pince. En arrière, il n'y a pas d'organes importants à blesser; mais, en revanche, l'adhérence du péritoine à l'utérus est plus intime et la formation de la collerette plus difficile.

Dans certains cas, lorsque la décortication des annexes a été difficile et a nécessité des traumatismes du péritoine qui tapisse la cavité de Douglas, on peut avoir intérêt à supprimer la paroi postérieure de la collerette dans sa totalité ou en partie. L'occlusion du bassin se fera alors surtout aux dépens de la paroi antérieure de la collerette.

Le chirurgien procède ensuite à l'ouverture du vagin et à la ligature des pédicules.

« Lorsque les pédicules sont terminés de chaque côté, la collerette reste seule béante au centre du bassin.

« Dans la très grande majorité des cas, on devra fermer complètement la cavité péritonéale et suturer la paroi antérieure de la collerette à sa paroi postérieure.

Dans certains cas rares, lorsque des parties de poche suppurées n'auront pu être enlevées, lorsque des fistules rectales auront dû être suturées, on devra laisser la collerette béante et pratiquer le drainage vaginal.

Dans ce cas, on envisagera autant que possible la collerette en réunissant ses bords libres aux bords du vagin, et on drainera avec de la gaze iodoformée que l'on disposera en partie dans le bassin, en partie dans la collerette invaginée et en partie dans le vagin.

Ce drainage vaginal sera toujours exceptionnel, la règle sera de fermer la collerette, ce que l'on réalisera au moyens d'un surjet. Ce surjet partira de chaque côté des pédicules ovariens, fermera d'abord la portion de ligaments larges qui aura pu glisser sous la pince, puis la collerette elle-même.

« Lorsque la collerette est fermée, la cavité abdominale se trouve parfaitement close. Nulle part il n'existe de parties cruentées dépourvues de péritoine, si ce n'est les deux pédicules de l'artère utéro-ovarienne.

Or, ces pédicules n'ont aucune importance, puisqu'ils ne contiennent dans leur épaisseur aucune partie infectée. Néanmoins la décortication de l'utérus, les frôlements du péritoine pelvien pourront être cause d'une exsudation plus ou moins considérable de liquide dans la cavité péritonéale, et c'est pour nous prémunir contre les accidents que pourraient occasionner ces liquides que nous pratiquons le drainage abdominal.

Bardenhauer [1] a joué dans la propagation du procédé américain, en Allemagne, le même rôle que Delagenière, en France. Il est, comme le chirurgien du Mans, partisan de l'hystérectomie abdominable totale; comme ce dernier, avant de faire l'hystérectomie, il dissèque une collerette de péritoine aux dépens de la face postérieure et de la face antérieure de l'utérus.

« Pour clore le petit bassin, il y a deux modes possibles : dans les cas avec adhérences profondément situées, peu marquées, consistant en formations rubanées, il est quelquefois suffisant de réunir la séreuse du revêtement antérieur avec la postérieure, au-dessus de la dépression fermée par les moignons vasculaires latéraux. Ce mode de fermeture ne trouve son indication que dans les ablations de l'utérus pour tumeurs et bien rarement dans les lésions annexielles. La perte de substance laissée au milieu par l'ablation de l'utérus sera recouverte par la réunion, avec des points solides, du bord du feuillet péritonéal antérieur de l'utérus avec celui du feuillet du cul-de-sac, au niveau de l'incision postérieure du dôme vaginal. Les points d'entrée et de sortie de l'aiguille passeront dans la surface péritonéale de manière à ce que les deux

[1] In *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynæcologie*, 1894.

lames soient réunies par leur surface péritonéale, tournée vers la plaie du vagin.

Si l'on veut utiliser le feuillet pariétal postérieur pour border le dôme vaginal, on ne peut y arriver sans rétrécir l'orifice vaginal et causer de légers tiraillements; mieux vaut utiliser pour cela une portion située plus haut, notamment la séreuse pelvienne pariétale, qui, près de son passage dans le mésoncôlon, est si lâche, qu'elle se laisse facilement soulever en un pli et réunir au feuillet antérieur derrière la vessie, sans tiraillement. Il suffit, pour obtenir cette couverture, de deux longs fils, dirigés l'un de gauche à droite, l'autre de droite à gauche; ils se rencontrent au voisinage de la ligne médiane où l'on fait un nœud.

Comme je viens le dire, ce procédé est rarement suffisant dans les lésions inflammatoires des annexes et quand il y a une vaste plaie du cul-de-sac de Douglas, alors qu'il suffit le plus souvent pour les tumeurs utérines.

Dans les cas où il y a des plaies péritonéales de l'intestin ou de la paroi pelvienne, il faut les isoler de la grande cavité péritonéale par une cloison *sus-jacente*.

Bardenhauer propose au début de l'opération de ménager la fausse membrane fibreuse qui très souvent recouvre le Douglas, en s'étendant de la séreuse de la paroi pelvienne postérieure à la surface postérieure de l'utérus.

C'est cette lame qu'utilise ultérieurement Bardenhauer pour séparer le cul-de-sac de Douglas de la cavité péritonéale. Il suffit de la réunir par deux ou trois points au catgut du péritoine soulevé de l'articulation sacro-iliaque. En faisant cette suture, à droite et à gauche, on rétrécit considérablement la plaie dans son diamètre transversal. Il subsiste un puits central correspondant au dôme vaginal; pour le fermer, on réunit la séreuse pelvienne postérieure (surtout lâche au point où elle passe dans le mésoncôlon iléo-pelvien) au feuillet antérieur du péritoine.

« Finalement, une cloison lisse, formée par les surfaces péritonéales réunies, sépare la grande cavité péritonéale de la plaie pelvienne. Avant que celle-ci soit terminée par un de ces deux procédés, on fait un tamponnement des espaces pelviens sous-séreux, avec de la gaze iodoformée portant des fils qui sont passés dans le vagin, et qui sera retirée tardivement le 8e jour. »

Jonnesco [1] (de Bucarest) pratique après hystérectomie abdomi-

[1] Jonnesco. *C. R. Soc. chir. de Bucarest*, mars 1900. Voy. aussi th. Delage, p. 55.



nale totale, un procédé de reconstitution du plancher pelvien, très voisin de celui que nous préconisons.

Il pratique toujours le drainage du pelvis par le canal vaginal, mais il isole toujours aussi la cavité pelvienne drainée de la grande cavité abdominale qu'il ferme complètement sans jamais mettre de drain abdominal.

« L'orifice vaginal est diminué par un point de suture au catgut, appliqué à chacune de ces deux commissures. Puis, deux longues mèches de gaze iodoformée sont introduites par le pelvis dans le canal vaginal. Les bouts vaginaux des mèches sont poussés jusqu'au milieu du canal, tandis que les bouts pelviens sont placés de chaque côté de l'ampoule rectale.

« La fermeture et l'isolement du pelvis son faits avec le côlon pelvien et son méso. Celui-ci est attiré au-dessus de l'orifice supérieur du petit bassin, et commençant de droite à gauche, après avoir attiré le côlon pelvien hors du pelvis, de façon à ne laisser dans celui-ci que le rectum et la portion prérectale du côlon, on suture le bord libre du côlon au péritoine iliaque et vésical en se servant des franges épiploïques.

Cette suture est faite au catgut n° 0, soit à surjet deux fois interrompu, de façon à ne pas trop plisser l'intestin, soit à points deux fois interrompus.

A droite, où le côlon pénètre dans le bassin, le fil de suture traverse la paroi musculaire de l'intestin même, pour l'appliquer au péritoine pariétal; et pour ne pas laisser de surface de communication entre le petit bassin et l'abdomen, au niveau du mésoncôlon ilio-pelvien, on suture à droite la face supérieure du méso au péritoine iliaque. Ainsi complétée, la suture du côlon pelvien et de son méso au péritoine iliaque et vésical, assure le parfait isolement du pelvis, seul drainé par le canal vaginal, de la cavité abdominale qui sera complètement fermée.

Les sérosités suintées par les parois pelviennes, d'où l'on a arraché les annexes adhérentes, s'écouleront facilement par le vagin, sans avoir aucune tendance à souiller la grande cavité péritonéale, ni les anses intestinales, qui reposeront sur le plancher péritonéal ainsi reconstruit. De plus, les anses intestinales ne pénétrant plus dans le petit bassin, seront mises à l'abri des adhérences, qu'elles pourraient contracter avec les surfaces dénudées du petit bassin. La position fixe donnée au côlon pelvien n'a aucun inconvénient pour son fonctionnement parfait et la cir-

culation des matières n'est nullement influencée [1], car je pratique cette méthode de péritonisation depuis près de trois ans, et je n'ai jamais constaté le moindre inconvénient chez mes opérées, revues longtemps après l'opération. »

Hartmann [2] pratique l'hystérectomie abdominale dans le traitement des annexites bilatérales.

Il commence par décortiquer les annexes avant de procéder à l'ablation de l'utérus.

Le *premier temps* de cette ablation consiste dans la dissection d'un lambeau péritonéal antérieur. « On rejoint par une incision superficielle du péritoine passant en avant de l'utérus, au-dessus de la vessie, les extrémités des incisions des ligaments larges, droit et gauche. Avec l'ongle on décolle et on refoule en bas et en avant la vessie. Puis, poussant plus loin le décollement sur les côtés de l'utérus, on relève ainsi une sorte de grand lambeau péritonéal antérieur. »

Après l'hystérectomie, Hartmann *reconstitue le plancher pelvien*, en enfouissant les ligatures artérielles, fermant le vagin et recouvrant de péritoine les surfaces cruentées.

Après avoir abstergé le vagin avec un tampon imprégné de sublimé, on y introduit par son extrémité abdominale une lanière de gaze iodoformée. Puis on le ferme par 5 ou 6 sutures au catgut comprenant toute l'épaisseur des parois.

Ramenant ensuite par-dessus ce premier rang de sutures vaginales le lambeau péritonéal antérieur, on suture ce péritoine antérieur au milieu à celui de la face postérieure du vagin et, sur les côtés, au feuillet postérieur des ligaments larges, recouvrant ainsi les ligatures vasculaires et les parties cellulaires mises à nu.

Pour peu que les lésions soient septiques et les surfaces de dénudation étendues, Hartmann fait le drainage abdominal avec un gros drain de caoutchouc, qui est enlevé du 2e au 4e jour.

Jean-Louis Faure, après avoir paralysé l'hystérectomie par son procédé de l'hémisection de l'utérus, termine l'opération, comme dans les procédés ordinaires, en suturant le péritoine et en laissant le vagin ouvert pour y faire passer un tube large et une longue mèche iodoformée.

Nous voyons donc que J.-L. Faure n'attache pas une grande importance à la réfection pelvienne.

[1] Nous avons dit quelle condition est nécessaire pour que cette assertion soit vraie dans tous les cas (voy. p. 50).

[2] In th. Audiau et th. Delage, *loc. cit.*

PROCÉDÉ AMÉRICAIN[1]. — Le procédé d'hystérectomie supra-vaginale connu en France sous ce nom, est caractérisé par l'incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche.

Il comporte une péritonisation aussi complète que possible.

La surface dénudée a la forme d'un croissant, large au milieu et dont les extrémités se terminent en corne sur les deux parois pelviennes, au niveau des vaisseaux ovariens. A son centre se trouve le moignon cervical. Kelly rapproche les deux lèvres de ce moignon avec 4 ou 6 points au catgut.

Puis il réunit les bords du péritoine vésical au péritoine postérieur par une suture continue au catgut, afin de recouvrir à la fois et le moignon et toute l'étendue dénudée. Cette suture est commencée au niveau des moignons ovariens et traverse le péritoine en des points distants d'un centimètre. Si cette longue suture est serrée avec soin à chaque point passé, elle fixe le péritoine sur le plancher pelvien et tend à arrêter tout suintement léger des bords de la plaie.

Il est essentiel, dit Kelly, de ne réunir le péritoine antérieur au péritoine postérieur qu'après avoir maîtrisé tout suintement sanguin; sinon il peut se former un hématome qui risquerait de se transformer en abcès et nécessiterait la dilatation du col par le vagin pour assurer son évacuation et son drainage.

S'il y a une large étendue de surface celluleuse dénudée tendant à suinter, il est préférable de fermer le péritoine en laissant un tamponnement pour absorber le sang et le sérum épanchés.

Quand le plancher pelvien est reconstitué après cette extirpation de l'utérus et des annexes, on y voit seulement la vessie et le rectum présentant entre eux, sur une ligne concave, le péritoine exactement réuni.

M. le Dr Doléris, accoucheur de l'hôpital Boucicaut, a eu la grande amabilité de nous exposer sa technique. Il nous a dit obtenir les plus grands avantages de la péritonisation qu'il pratique depuis plusieurs années.

En ce qui concerne les salpingites, Doléris ne fait l'ablation subtotale de l'utérus que lorsque ce dernier est très malade. Dans les autres cas, il se contente de la castration bilatérale et n'a jamais observé d'accidents tenant à la conservation de l'utérus. Lorsqu'il fait l'hystérectomie, Doléris s'attache à réunir par tous les moyens possibles le péritoine antérieur au péritoine postérieur. Pour recouvrir le moignon cervical, il emploie un mode de suture

[1] Voy. SEGOND. In *Rev. de Gyn. et de Chir. abdominale*, août 1897.

qui mérite d'être signalé : il fait une série de points séparés au catgut, prenant à la fois le péritoine antérieur, les deux tranches du moignon utérin et le péritoine postérieur. Cette suture en masse, non seulement péritonise la surface de section du moignon, mais encore produit une adhérence intime entre le col et la séreuse, de telle sorte qu'il n'y a point à craindre l'hématome sous-péritonéal que redoute Kelly.

M. le Professeur Terrier fait l'hystérectomie abdominale supra-vaginale dans le traitement des annexites bilatérales.

Sa technique a été minutieusement décrite par son élève Delage[1].

Après section des ligaments larges sur les bords de l'utérus, M. Terrier *taille le lambeau péritonéal pré-utérin.*

« Sur la face antérieure de l'utérus, en partant du point où se trouve l'extrémité de la pince restée fixée au flanc gauche de l'utérus, on taille au bistouri, en allant de gauche à droite, un lambeau péritonéal pré-utérin, à convexité supérieure. Une fois le bord de ce lambeau tracé au bistouri, on le décolle du côté du cul-de-sac vésico-utérin, soit avec le doigt, soit avec un instrument mousse, le bec des ciseaux par exemple, et on le refoule en bas. Il n'y a aucun danger d'ouvrir la vessie en taillant ce lambeau qui est pris sur le péritoine de la face antérieure de l'utérus. Cette ligne de réflexion est facile à mettre en évidence et apparaît nettement marquée, demi-lunaire, blanchâtre et fixe quand on attire l'utérus. Le lambeau convexe ainsi obtenu est repéré avec deux pinces de Kocher, qu'un aide maintient en haut.

Après amputation intra-cervicale de l'utérus et ablation des annexes de *bas en haut*, on procède à la suture du moignon cervical, après évidement de sa poche centrale.

M. Terrier reconstitue le plancher pelvien suivant le procédé de Quénu et de Amann.

« Il est absolument indispensable, après les ablations de tumeurs annexielles, de recouvrir complètement de péritoine les parties cruentées, de refaire au plancher pelvien une couverture séreuse. C'est dans ce but que l'on a isolé en avant du moignon un lambeau péritonéal destiné à le recouvrir et que dans certains cas on trace même sur la face postérieure de l'utérus un lambeau postérieur. Ce lambeau postérieur est presque inutile, un bon lambeau antérieur suffisant largement, et d'ailleurs, s'il est possible de se le procurer dans les opérations pour fibrome, il est loin

[1] Delage, th. Paris, 1901, p. 114.

d'en être de même dans les hystérectomies pour tumeurs annexielles où le péritoine de la face postérieure a été détruit par des adhérences contractées dans cette région du cul-de-sac postérieur.

« Supposons un cas facile où l'on a enlevé l'utérus et des annexes sans grandes adhérences : rien n'est plus simple que de suturer par un surjet d'abord le ligament large gauche en enfouissant sous la ligne de suture le pédicule ovarien lié et le ligament rond : tout le ligament large se trouve fermé. Plus bas, au niveau du moignon, on rabat par-dessus lui et les artères utérines le lambeau antérieur dont le bord est suturé à la collerette que le péritoine postérieur présente contre la lèvre postérieure du moignon. En continuant le surjet, on ferme le ligament large gauche comme le droit et l'on arrête sa suture après avoir enfoui, grâce aux deux derniers points, le pédicule ovarien droit. Si l'on a pris soin d'arrêter son surjet tous les quatre ou cinq points, l'on a une ligne de suture des plus nettes, nullement froncée et un petit bassin complètement et nettement restauré, recouvert partout de péritoine.

« Mais souvent l'on a dû opérer de ces salpingites anciennes, à poches multiples, ayant contracté de ces adhérences nombreuses et denses dont nous avons déjà parlé ; après avoir enlevé l'utérus pour se donner du jour, on a dû vider en quelque sorte tout le petit bassin dont la paroi postérieure et les flancs présentent une surface cruentée suintante avec quelques rares lambeaux de péritoine qui même peut ne plus exister du tout.

« Que faire? Les suites opératoires nous montrent que si l'on referme l'abdomen en laissant les choses en cet état, la guérison est moins parfaite. Ces surfaces cruentées appellent l'infection et les anses intestinales y contractent des adhérences qui peuvent être douloureuses et devenir une cause d'occlusion intestinale. Le drainage vaginal ou sous-pubien est insuffisant à conjurer de pareils dangers. Dès 1895 Bardenhauer, frappé de cet état de choses, avait songé à y remédier et, après des hystérectomies abdominales totales, il recommandait de tamponner avec des mèches de gaze ressortant par le vagin tout le plancher pelvien et de former au-dessus un dôme en utilisant les lambeaux de péritoine restant, en abaissant la séreuse par glissement après l'avoir décollée au besoin sur une certaine étendue au point où elle se réfléchit sur le côlon iliaque. Amann (de Munich), au congrès de 1900, est revenu sur cette pratique et en vante ces bons résultats. Le professeur Terrier l'emploie toutes les fois qu'il en trouve l'indication, et MM. Quénu et Judet, dans un article de la

Revue de chirurgie de 1900, ont montré le bénéfice qu'ils en retirent dans leur pratique.

« En général, on a assez de péritoine à la partie antérieure pour pouvoir venir le fixer par quelques points de suture à l'anse sigmoïde qui s'abaisse facilement et que l'on peut attirer en bas sans produire de tiraillements douloureux.

« Dans les cas où cette anse elle-même a subi, de par son voisinage avec les lésions inflammatoires, des altérations de ses tuniques la rendant friable ou difficile à mobiliser, on peut se contenter de suturer au péritoine des franges épiploïques, en les rapprochant le plus possible. Cette suture, faite par les uns au catgut, puis par M. Terrier à la soie fine, donne un excellent résultat, et le plancher pelvien se trouve ainsi découvert autant que faire se peut. Disons en passant que l'hystérectomie susvaginale se prête beaucoup mieux que la totale à ce mode de restauration, car la surface à recouvrir se trouve bien moins profondément située, et il reste toujours autour du moignon, sur les côtes et surtout en avant, un petit lambeau de péritoine qui, réuni à la seule anse sigmoïde, donne une couverture très suffisante. Il va sans dire que l'on ne peut fixer des règles générales. Dans chaque cas et suivant les délabrements plus ou moins vastes que l'on désirera réparer, l'on utilisera les lambeaux et les organes que l'on pourra, en ayant bien soin de ne jamais fixer ceux pour lesquels cette fixation amènerait des tiraillements douloureux.

« Il faut savoir aussi que, dans certains cas, la seule fixation de deux ou trois franges épiploïques empêchant un contact direct suffit, en permettant la cicatrisation, au-dessous d'elles, d'une surface qui ne pourra pas adhérer aux anses intestinales par les petits espaces qui les séparent.

« Nous n'avons pas connaissance de cas où l'abaissement de l'anse sigmoïde aient entraîné de trouble de la défécation ou de la miction.

« Avant d'abaisser le plan incliné, on place un drain dans la cavité pelvienne, au point qui correspond au fond du cul-de-sac de Douglas. Dans les cas où l'on n'aura pour couverture séreuse que l'ange sigmoïde attirée selon le procédé de Amann, il est bon de placer un drain qui vient drainer la région sous-jacente à la couverture séreuse, et un second qui plonge dans l'étage supérieur. L'on ramène alors la malade dans la situation horizontale; l'S iliaque et les anses grêles viennent reposer sur le fond du pelvis, on les recouvre avec l'épiploon ou ce qui en reste, si l'on en a réséqué, et l'on ferme la paroi. »

Résultats. — Nous les envisageons successivement en eux-mêmes, et par comparaison, avec ceux fournis par les autres méthodes.

Nous avons été à même de nous rendre compte, dans le service de M. Quénu, que la péritonisation procure aux opérées, à la fois un bénéfice immédiat et des avantages à longue échéance.

La constatation est surtout frappante dans le traitement des salpingites et, en particulier, dans celui des pyo-salpinx volumineux et adhérents. Autant que possible, il faut laisser passer la période septique aiguë, calmer les symptômes inflammatoires par les moyens médicaux usuels, de manière à opérer à froid. Depuis 1896, la méthode de péritonisation dans des salpingites a fourni à notre maître, M. Quénu, des résultats que nous pensons devoir être considérés comme satisfaisants :

Dans notre article de la *Revue de chirurgie*, nous avons indiqué les statistiques de 1896 à 1900 :

Dates	Nomb. de cas	Guérisons	Morts
1896..........	27	25	2
1897..........	24	24	0
1898..........	26	26	0
1899..........	23	22	1
1900..........	35	32	3 (dont 1 par embolie)
Total......	135	129	6

Sur 135 laparotomies pour annexites, nous relevons 6 cas suivis de mort.

La malade qui succomba à la suite d'une embolie pulmonaire, fut opérée le 25 janvier 1900, pour une salpingo-ovarite suppurée gauche, avec péri-ovarite. Section d'adhérences épiploïques en nappe, tenant à la paroi abdominale et au gros intestin, conservation de l'utérus et des annexes droites. Les suites opératoires furent parfaites les 4 premiers jours. La température resta constamment au-dessus de 37°4, et le pouls au-dessus de 80, gaz émis au 2e jour. Toux légère à partir du 3e jour.

La malade était repassée en salle et considérée comme guérie, lorsqu'elle mourut subitement le 5e jour.

Des 5 autres décès, 3 sont survenus par extension de la pelvi-péritonite, dont 2 chez des malades qui, n'arrivant pas à refroidir complètement leurs lésions, ont dû être opérées en période fébrile.

Le 4e insuccès se produisit chez une malade atteinte en même temps de péritonite tuberculeuse; le 5e, enfin, chez une malade

cachectique présentant un double pyosalpinx avec abcès iliaque et double gros rein blanc; la mort survint par anurie.

A cette statistique, nous devons ajouter 20 cas de salpingo-ovarite pour 1901, avec 20 succès.

La statistique globale de cinq années, 1896 à 1901, comprend donc 155 cas avec 6 morts, soit un pourcentage de 3,8 décès.

Nous avons relevé les chiffres donnés par quelques chirurgiens qui font l'hystérectomie abdominale dans le traitement des salpingites et s'attachent plus ou moins à reconstituer le plancher pelvien :

	Nomb. de cas	Guérisons	Morts	Pourcent. des morts
Delagenière.....	22	19	3	13,6 %
Bardenhauer....	56	53	3	5,3
Jonnesco........	77	68	9	13
Richelot........	30	27	3	9,9
Hartmann........	67	66	1	1,49
Terrier.........	74	70	4	5,4
Legueu.........	70	67	3	4,3 (1)

En additionnant tous ces chiffres, on trouve 396 cas, avec 26 morts, soit 7 % de mortalité.

Delage, qui s'est livré à des recherches étendues sur les résultats de l'hystérectomie abdominale par annexite, sur un total de 868 opérations, trouve seulement une mortalité de 6 %. Legueu, en consultant les opérations de Terrier, Quénu, Bockel, Routier, Hartmann, Mauclaire, présentées au Congrès français de chirurgie de 1879, relève, pour 134 opérations, 8 morts, soit une proportion de 5 %.

Les *résultats éloignés* sont excellents, comme le dit notre maître Legueu[2]. « C'est la suppression absolue des douleurs, des troubles fonctionnels, en un mot, c'est la guérison complète. » En ce qui concerne la part qui revient à la péritonisation dans l'excellence de ces résultats, nous ne pouvons avoir une opinion que d'après les malades du service de M. Quénu. Depuis qu'il pratique cette méthode, notre maître voit, moins que par le passé, revenir à lui d'anciennes opérées se plaignant de troubles digestifs et de douleurs abdominales. Il y a là l'indice d'un fonctionnement intestinal plus parfait, en rapport avec l'absence de toute adhérence péritonéale.

[1] Nous tenons à remercier notre maître Legueu qui a eu la grande amabilité de nous confier sa statistique intégrale de laparotomies pour annexites. Nous y relevons, en plus des chiffres donnés plus haut, 83 castrations avec seulement 2 morts, soit en tout 153 cas avec 5 morts, soit 3,3 % de mortalité.

[2] Labadie-Lagrave et Legueu. *Tr. Gyn.* 2e éd., p. 770.

Enfin depuis 5 ans, M. Quénu n'a eu qu'un seul cas d'occlusion intestinale post-opératoire, dû à la paralysie de l'intestin, après hystérectomie abdominale pour fibrome. Cette opérée a guéri, du reste, à la suite d'une deuxième interventiou.

Comparaison de l'hystérectomie abdominale suivie de péritonisation avec l'hystérectomie vaginale, dans le traitement des annexites.

Notre maître Legueu fait remarquer avec raison que si l'on veut, à l'heure actuelle, faire une comparaison entre les opérations par la voie haute et les opérations par la voie basse, dirigées contre les annexites, ce n'est plus entre l'hystérectomie vaginale et la castration bilatérale qu'il faut l'établir[1], mais bien entre l'hystérectomie abdominale (totale ou subtotale).

Nous n'avons pas l'intention de reprendre le parallèle complet entre ces deux opérations, nous voulons seulement indiquer quel nouvel élément la méthode de péritonisation apporte à cette discussion.

Au cours de ces dernières années, l'hystérectomie vaginale pour annexite a vu ses indications se restreindre de plus en plus. De l'avis de tous, elle est actuellement dépossédée des lésions légères et de tous les cas où il persiste un doute sur la bilatéralité des lésions.

« Dans les lésions très complexes, anciennes, scléreuses, dit Legueu, l'hystérectomie me semble également contre-indiquée. Ici, fatalement, l'opération sera incomplète et malgré qu'elle donne des résultats immédiats merveilleux, il faut plus tard refaire une laparotomie secondaire. Il en est ainsi dans les vieilles lésions où les adhérences sont fermes, scléreuses, indécortication inattaquables par la voie vaginale. De ce côté, les poches se déchirent, viennent par lambeau; par la voie haute, on les enlève intégralement et l'avantage reste à la laparotomie. »

Bon nombre de chirurgiens (Segond, Bouilly) considèrent volontiers comme relevant encore de l'hystérectomie vaginale, les annexites bilatérales suppurées, s'accompagnant d'abcès pelviens plus ou moins nombreux.

On argue en faveur de l'hystérectomie vaginale en pareil cas, la plus grande simplicité des suites. On fait remarquer avec juste

[1] V. *in* Th. Baudon un exposé de cette question, auquel il est difficile d'ajouter.

raison que la septicémie péritonéale est rare, après ces hystérectomies vaginales pour lésions complexes. Dans les pelvi-péritonites, en effet, le petit bassin est complètement isolé de la cavité péritonéale par des adhérences formant un véritable diaphragme protecteur. L'opération vaginale respecte cette barrière, et la septicémie péritonéale post-opératoire serait, dit-on, beaucoup moins à craindre que par l'opération abdominable qui effrondre cette voûte protectrice.

En réalité, l'hystérectomie abdominable, telle que la pratiquent aujourd'hui Terrier, Quénu, Hartmann, etc., peut soutenir, sur ce point, la comparaison avec l'hystérectomie vaginale et, pas plus que cette dernière, elle n'expose le péritoine à l'inoculation septique. Il suffit pour préserver la séreuse au cours de l'opération, de recouvrir soigneusement l'intestin avec plusieurs rangées de compresses absorbantes. On les renouvellera avec précaution chaque fois qu'elles seront souillées par un contact septique.

Puis, l'opération finie, l'évidement du petit bassin complet, la péritonisation intervient pour empêcher l'inoculation du péritoine *après* la fermeture du ventre.

L'adossement vésico-sigmoïde constitue, nous l'avons vu, un véritable cloisonnement défensif de la cavité péritonéale. Elle rétablit ce diaphragme pelvien que Péan se louait de respecter dans l'hystérectomie vaginale pour pelvi-péritonite génitale, mais avec combien plus de régularité! A une surface tomenteuse, enflammée, agglutinant les anses intestinales, elle substitue une cloison lisse de péritoine sain sur laquelle l'intestin viendra reposer sans crainte de s'inoculer, ni de contracter des adhérences.

Si nous joignons à cela que, de l'avis unanime, la laparotomie présente l'inappréciable avantage de permettre d'opérer au jour, sous le contrôle de l'œil, et de faire des interventions complètes, on s'expliquera facilement le courant qui, dans ces dernières années, a porté la majorité des chirurgiens de l'hystérectomie vaginale vers l'hystérectomie abdominable.

On comprendra que M. le professeur Terrier et notre maître Quénu restreignent les indications de l'hystérectomie vaginale dans les annexites aux seuls cas de pelvipéritonite avec abcès multiples et marche fébrile non influencée par les moyens médicaux ordinaires et par la colpotomie. En pareil cas, l'hystérectomie vaginale constitue un moyen efficace de drainer le petit bassin. Il faut faire sauter la *bonde* utérine, selon le mot de Péan. C'est en quelque sorte une opération d'urgence que l'on pratique sans pré-

judice d'une laparotomie ultérieure qui sera souvent utile pour amener la guérison complète.

A côté de ces cas où l'hystérectomie vaginale est pour ainsi dire de rigueur, il semble qu'il y ait un terrain neutre que les deux méthodes abdominale et vaginale peuvent se disputer avec des arguments de force égale et avec d'égales chances de succès. Nous voulons parler de ces formes de lésions suppurées, *bilatérales*, *énucléables* et *bas-situées*.

L'hystérectomie vaginale en pareil cas est une opération excellente, en ce sens qu'elle peut être complète, toute comme la laparotomie ; elle a de plus cette supériorité de ne pas faire de cicatrice et de ne pas exposer à l'éventration. (En revanche, elle peut être suivie, comme dans le cas rapporté par Celos, à la Société anatomique, d'une chute des organes du petit bassin, par effondrement de la voûte vaginale).

De même, l'hystérectomie abdominale avec péritonisation, appliquée au même cas, est une excellente opération : « Elle a sur l'hystérectomie vaginale l'avantage de permettre de réunir les surfaces cruentées, de reconstituer le plancher pelvien, d'adosser partout la séreuse à elle-même, d'éviter les adhérences ultérieures et les inconvénients qui en résultent [1]. »

Ce court parallèle fera comprendre qu'une conclusion absolue n'est pas de mise : chaque chirurgien, suivant son expérience personnelle, suivant l'éducation chirurgicale qu'il aura reçue [2], pourra faire l'une ou l'autre opération, avec la pleine conscience qu'il assure à sa malade le maximum de chance de guérison.

Toutefois, il est impossible de contester que l'hystérectomie abdominale ne gagne du terrain de jour en jour. A cet égard, il est intéressant de noter les diverses étapes de ce mouvement dans le *Traité de Gynécologie*, aujourd'hui classique, de L. Lagrave et Legueu.

[1] Labadie-Lagrave et Legueu, *Tr de Gyn.*, 2e éd., p. 770.

[2] Il nous semble à cet égard que l'hystérectomie vaginale jouit d'une infériorité manifeste. C'est une opération qui ne peut être enseignée que difficilement, en raison de ce fait que le chirurgien travaille dans un espace étroit, avec un éclairage insuffisant. Le temps principal de l'opération, la décortication des annexes, se fait hors de tout contrôle possible de la vue, uniquement par le doigt. Aussi, chaque chirurgien doit-il se faire personnellement son éducation au prix de tentatives qui ne sont pas toujours sans danger pour les malades.

L'hystérectomie abdominale, au contraire, est une opération qui se « demontre ». L'aide participe à tous les temps de l'intervention, si bien qu'après avoir assisté son maître un certain nombre de fois, il possède complètement la technique de l'intervention et peut espérer, pour ces interventions personnelles, sinon égaler son maître, du moins l'imiter avec de sérieuses chances de succès.

En 1897, dans la première édition, notre maître accorde une place très importante et presque prépondérante à l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. Trois ans plus tard, dans la seconde édition de son *Traité*, il lui abandonne seulement « les lésions suppurées bilatérales, énucléables et bas-situées ». Il a bien voulu nous confier récemment qu'il a été conduit à délaisser complètement la voie basse. Sauf dans les cas de pelvi-péritonite à chaud, où il est urgent de faire sauter la bonde utérine, il pratique l'hystérectomie abdominale subtotale, pour toutes les lésions bilatérales et obtient les résultats que nous avons rapportés (V. p. 75).

Nous avons tenu à signaler l'évolution des idées de notre maître, car elle traduit bien l'orientation actuelle du traitement chirurgical des lésions annexielles.

ANALYSES

VULVE — VAGIN

CHALEIX-VIVIE (de Bordeaux). — **Quelques cas de traumatismes graves dus à la défloration.** (*Gazette hebd.* 10 *avril*, 1902.)

Il arrive quelquefois que la rupture de l'hymen, due à la défloration, s'accompagne, en plus, de phénomènes douloureux réflexes, tels que la dysurie, la cystalgie et le vaginisme qui persistent, dans certains cas, assez longtemps, par le fait d'une fissure hyménéale demeurée douloureuse, d'effusion sanguine très abondante et d'hémorragie fort inquiétante.

L'auteur rappelle que l'hémorragie peut tenir d'abord à une vascularisation normale de l'hymen, peut-être par le développement exagéré de ce tissu érectile qu'y a décrit Hensle, ensuite à ce que l'hymen n'est pas toujours constitué par le frêle diaphragme que l'on rencontre d'ordinaire, mais quelquefois par une membrane épaisse, charnue et résistante. Le plus souvent, l'hémorragie est due à la simple rupture de l'hymen, mais elle peut tenir aussi à une autre cause, surtout lorsqu'il s'agit de ces hymens résistants ; l'hymen est non point perforé par le coït, mais violemment décollé de son insertion postérieure, et la muqueuse vaginale est déchirée dans une étude plus ou moins grande. M. Chaleix-Vivie rapporte cinq observations où l'hémorragie fut abondante, due à l'hémophilie qui joue un rôle important dans ces cas-là, à des érosions profondes de la muqueuse vaginale, à l'arrachement de l'insertion postérieure de l'hymen sans perforation proprement dite de ce diaphragme, et enfin, à la rupture de varices vulvaires.

L'auteur signale, en dernier lieu, des désordres plus graves survenus au moment de la défloration, et parle de ces cas où l'hymen offrant une résistance vive à une attaque impétueuse, le membre viril l'a décollé à sa partie postérieure, a déchiré la muqueuse vaginale, a pénétré dans le tissu cellulaire recto-vaginal et a rompu le rectum, donnant lieu à une énorme fistule recto-vaginale.

L. S.

M. MARION. — **Les kystes du vagin.** (*Gazette des hôpitaux*, 1er *février* 1902.)

L'auteur classe les kystes du vagin en trois variétés :

1. Les *kystes hydatiques*,
2. Les *kystes par inclusion traumatique*,

3. Les *kystes spontanés non parasitaires.*

La plus importante de ces variétés est sans aucun doute la dernière.

M. Marion, après avoir décrit minutieusement l'histoire de ces kystes, dit que leur fréquence est minime comparée à celle des affections des organes génitaux de la femme, mais que c'est une affection qu'on peut observer à tout âge.

Au point de vue anatomo-pathologique, les kystes du vagin sont constitués par une paroi qui comprend deux couches; l'une formée de fibres conjonctives et de fibres élastiques, entremêlées quelquefois de fibres musculaires, l'autre épithéliale. Leur contenu est très variable; tantôt du liquide clair, citrin, filant ou visqueux, tantôt du pus ou du sang.

Trois théories ont été discutées pour expliquer la pathogénie des kystes du vagin: la *théorie glandulaire*, la *théorie de l'hygroma* et la *théorie du kyste congénital.* L'auteur pense qu'une même théorie, n'est pas applicable à tous les cas; pour quelques cas exceptionnels, peut-être faut-il conserver la théorie de l'hygroma; d'autres sont certainement d'origine glandulaire, développés dans des glandes anormales de la muqueuse; mais la plupart sont d'origine congénitale et résultent de l'évolution des débris embryonnaires, ce sont des kystes d'origine wolffienne, plus rarement d'origienne müllerienne.

E. Marion étudie la symptomatologie de ces kystes qui est très simple, et fait remarquer que ces petites tumeurs peuvent avoir des conséquences fâcheuses, c'est-à-dire, être susceptibles de provoquer du *prolapsus de l'utérus*, des *déviations utérines* ou de la *dystocie*. Une seule *complication* peut survenir, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme, c'est la *suppuration.* Aussi, au point de vue du diagnostic, l'auteur établit-il la distinction suivante :

1. Le kyste est simple, *non compliqué.*
2. Le kyste est enflammé, *suppuré.*
3. Le kyste est fistuleux.

Si le kyste est *simple*, on évitera la confusion avec une *tumeur vaginale* (fibrome, fibro-myo-sarcome) ou avec une *tumeur extra-vaginale* (urétrocèle, cystocèle, hématocolpos latéral, thrombus du vagin, quelquefois kyste du ligament large, et même ovaire scléro-kystique ou hydrosalpinx tombé et immobilisé dans le cul-de-sac postérieur d'un kyste profond).

Si le kyste est *suppuré*, il faut songer au plegmon du ligament large, à une périmétro-salpingite, ou simplement à un kyste du vagin enflammé.

Si le kyste est *fistuleux* on pourra croire à une inflammation périutérine ou annexielle ouverte; mais dans bien des cas le diagnostic sera impossible.

M. Marion termine cette étude des kystes du vagin, pour la première fois aussi clairement exposée par quelques considérations sur leur traitement. L'*extirpation* est aujourd'hui la méthode de choix, et la ponction simple ou la ponction suivie d'injection irritante doivent être rejetées comme étant des procédés défectueux. Suivant le conseil de M. Pozzi, on pourra, pour faciliter l'extirpation, vider le kyste et injecter de la paraffine qui, en se solidifiant, mettra en relief les limites de la poche.

MM. Derocque et Maridort. — **Une pessaire ayant séjourné 18 ans dans le vagin.** — (*La Revue Médicale de Normandie*, 10 *février* 1902.)

Chez une femme de 72 ans qui, depuis quelques mois, avait des douleurs abdominales et était atteinte d'une leucorrhée absolument fétide, M. Derocque constate au toucher, à la partie supérieure du vagin un corps dur, de forme annulaire.

Pour « accoucher » ce pessaire qui, étant en bois, ne présentait aucune souplesse, il fallut déchirer un peu la partie rétrécie de la cavité vaginale, ce qui s'accompagna d'une hémorragie notable.

La malade ne soupçonnait pas la possibilité de la présence de ce corps étranger ; ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'elle finit par se souvenir que vers l'âge de 54 ans (avant la ménopause), on lui avait placé un pessaire dont elle avait fini par oublier la présence.

Le pessaire était peu incrusté de sels calcaires; en revanche, il exhalait une odeur infecte qui n'était pas encore disparue complètement par une dizaine de lavages au permanganate et l'exposition permanente à l'air pendant deux mois.

M. W. Walter. — **Papillome récidivant du vagin.** — (*The British Medical Journal*, 1er *février* 1902.)

L'observation suivante est un cas de palpillome récidivant du vagin,

La malade, âgée de 37 ans, était déjà entrée à l'hôpital au mois d'août 1898, parce qu'elle perdait du sang, en dehors de ses périodes menstruelles, depuis plusieurs mois. Son état général était bon, et l'examen de l'utérus et des autres organes pelviens ne révélait rien d'anormal. A la paroi postérieure du vagin, on découvrit un petit papillome qui saignait facilement. On fit un grattage de ce papillome et on cautérisa au thermocautère. L'examen microscopique de quelques fragments du papillome ne donna aucun signe d'évolution maligne de cette tumeur.

Au mois de novembre de l'année 1898, la malade revint à l'hôpital et fut cautérisée de nouveau. L'année suivante, on fit les mêmes cautérisations à deux reprises différentes, et, au mois de juillet 1900, on remarqua que le papillome commençait à envahir la paroi gauche du vagin.

M. Walter examina la malade en décembre et constata une infiltration de tout le tissu péri-vaginal, particulièrement sur les parois gauche et postérieure. A cause de l'étroitesse du vagin, due à cette infitration. l'auteur fit une section du périnée.

M. Walter enleva un lambeau de la muqueuse du vagin, de la dimension d'une pièce d'un franc, qui présentait une surface surélevée et granulée et une petite masse aussi grosse qu'une noisette, puis bourra de gaze la cavité vaginale.

A l'examen microscopique, on remarqua que cette masse végétante était composée de tissu fibreux et élastique, et paraissait comme le centre de la formation d'un nombre considérable de petites cellules proliférantes.

M. J.-C. Carpenter. — **Sur les déchirures anciennes du périnée.** — (*Annals of Gynecology and Pediatry*, *novembre* 1902.)

L'auteur, après avoir rappelé comment on reconnait et comment on diagnostique une déchirure du périnée, fait remarquer qu'une déchirure périnéale récente peut persister d'une façon chronique quand elle n'a pas été réparée convenablement. Il signale, à ce sujet, les complications nombreuses qui peuvent survenir et classe ainsi ces dernières : 1) l'hémorragie et le shock par rupture de quelque vaisseau artériel des territoires vaginal, vestibulaire et rectal; 2) l'infection et la septicémie puerpérale; 3) l'anémie aiguë et le collapsus; 4) l'endométrite, la subinvolution et les déplacements utérins; 5) le prolapsus des ovaires et les affections annexielles; 6) la rétroversion et la rectocèle; 7) les hémorroïdes accompagnées d'éversion de la muqueuse anale, de fissures et d'ulcères du rectum et de l'anus; 8) enfin, les troubles généraux de neurasthénie et les neuralgies diverses dues à des réflexes sur le cerveau, la moelle, le cœur, les poumons et les reins.

M. Carpenter insiste sur le traitement et recommande la restauration du plancher périnéal par une coaptation parfaite des tissus déchirés. Le muscle sera uni au muscle de même nom, le tendon au tendon, le ligament au ligament, le fascia au fascia, la muqueuse à la muqueuse et la peau à la peau. Les points de suture seront enfoncés assez profondément et décriront un arc de cercle, qui, réuni à l'arc de cercle du côté opposé, formera un cercle complet. On aura grand soin d'arrêter toute hémorragie et d'apporter à la confection du nouveau plancher périnéal l'asepsie la plus rigoureuse. Enfin, il ne sera pas nécessaire de lier les fils de suture trop énergiquement, afin d'éviter des phénomènes de congestion ou une déchirure du côté des tissus. Suivant la nature et la forme de la déchirure, l'auteur conseille de faire les sutures à la soie, au catgut ou au fil d'argent. Il rapporte deux observations de déchirure périnéale qu'il répara avec succès. Dans le premier cas, il s'agissait d'une déchirure du plancher périnéal, s'étant étendue dans le septum recto-vaginal et ayant causé de l'incontinence des matières fécales. En même temps, on constatait une énorme hypertrophie du col et du corps de l'utérus. L'auteur fit une dilatation et un curettage de la cavité utérine, puis une trachélorrhaphie en V. Dans le second cas, M. Carpenter fit la réparation d'un plancher périnéal qui présentait une déchirure allant jusque dans la cloison recto-vaginale, sur une longueur de 6 centimètres.

Franz Neugebauer. — **Un cas intéressant de sexe douteux chez une pseudo-hermaphrodite adulte mariée comme femme.** — (*Centrall. für Gynäk*, 15 *février* 1902, n° 7.)

L'auteur rapporte l'observation d'un individu, né de père géant mort tuberculeux et d'une mère morte de cancer de l'utérus, ayant eu cinq frères et sœurs morts en bas âge d'affections du larynx. Cet individu âgé de 19 ans a passé jusqu'ici pour fille; elle est gouvernante. Elle n'a jamais été réglée. Jusqu'à 13 ans elle avait une voix de soprano; brusquement sa voix a changé.

Elle a actuellement toutes les apparences masculines. L'ossature, la musculature, le développement pileux de la face, la voix, le cou, la

poitrine, le type respiratoire, les poils du corps, tout est d'un homme. Le mont de Vénus est aplati; région génitale riche en poils. Il n'y a ni scrotum, ni grandes lèvres. En écartant les petites lèvres, on voit un clitoris de 5 à 6 centimètres de long, avec un gland non recouvert de prépuce. Cela ressemble au pénis d'un garçon de 12 ans. Il n'y a eu encore ni érection, ni éjaculation. Si on relève le clitoris vers le haut, on aperçoit une fente de 52 millimètres de hauteur, dans la profondeur de laquelle s'ouvre un méat féminin; plus bas se trouve un orifice bordé d'un hymen donnant dans un vagin en cul-de-sac. Tout le sinus urogénital est revêtu d'une muqueuse rouge sombre. A la face inférieure du clitoris on remarque une gouttière ressemblant à un canal pénien masculin fendu, avec deux lacunes de Morgagni. Les petites lèvres sont très saillantes; à côté d'elles la peau est riche en poils, mais ne forme pas de saillie ressemblant à des grandes lèvres ou à un scrotum. Le canal inguinal droit laisse pénétrer la pulpe d'un doigt, mais pas le gauche. Dans les lèvres on ne trouve rien qui ressemble à des glandes génitales. Dans le vagin on peut introduire un segment de doigt. Par le rectum, on sent une cloison transversale divisant le petit bassin, ou plutôt l'excavation rectovésicale en une partie antérieure et une partie postérieure. Cette cloison donne l'impression d'un utérus rudimentaire bicorne avec des ligaments larges. On ne sent ni prostate, ni glandes séminales.

En résumé, il s'agit, chez une personne élevée comme fille, ayant les manières féminines, d'un hypospadias péniscrotal avec vagin rudimentaire et cryptorchidie. Tout l'aspect physique est masculin. Il est impossible, dans ce cas, d'affirmer un sexe. Cette jeune fille n'a jamais ressenti de besoin sexuel; elle est fiancée et désire se marier. Elle s'est mariée en effet, et, depuis lors, rien n'a changé et elle avoue que ses rapports avec son mari lui sont agréables.

M. B.

A.-A. Redlich. — **Anomalie des organes génitaux.** — (*Société d'Obst. et de Gynéc. de St-Pétersb., séance du* 20 *décembre* 1901.)

La malade, 17 ans, fut réglée à 15 ans. Les menstruations revenaient régulièrement toutes les quatre semaines, duraient deux ou trois jours et étaient indolores et peu abondantes. Depuis le mois de février 1901, les règles ne revenaient que tous les deux mois, et étaient accompagnées de douleurs dans l'hypogastre et aux lombes.

A l'examen : épaississement de la clavicule droite, arrêt de développement de la dernière phalange du pouce gauche, absence des pulsations dans la radiale gauche, pouls à peine perceptible dans la radiale droite. Arrêt de développement des grandes lèvres. Un peu avant la commissure qu'elles forment en arrière, on voit l'orifice anal sans sphincter externe. Pas de périnée. Entrée du vagin fermée par une membrane.

Au toucher rectal : oblitération de la cavité vaginale : à 5 centimètres de l'anus, on sent une tumeur du volume d'un poing, fluctuante, élastique, avec deux bosselures surajoutées. La tumeur peut être perçue par la palpation à travers la paroi abdominale antérieure, dans l'hypogastre, à gauche.

Diagnostic : anus contre nature dans l'entrée de la vulve, atrésie du vagin, hématométrie, hématosalpinx.

On doit admettre que les menstruations qu'avait la malade n'étaient autre chose que des hémorragies vicariantes par le rectum. Ce cas est intéressant par sa rareté et par le traitement auquel la malade devra être soumise. On sera obligé de pratiquer une transplantation de l'anus et un vagin artificiel.

Mme El.

UTÉRUS

M. Magniaux. — **Présentation d'un utérus bicorne.** — (*La Normandie Médicale*, 1er *février* 1902.)

M. Magniaux rappelle qu'il existe trois variétés d'utérus bicorne, suivant que le dédoublement se poursuit ou non jusqu'au col ou qu'il ne se manifeste que par une dépression siégeant sur le fond de l'utérus. C'est cette dernière forme, l'utérus bicorne arqué, qu'on rencontre le plus souvent.

L'utérus bicorne présenté par l'auteur est de la variété unicervicale, car les deux moitiés s'écartent en haut l'une de l'autre et se réunissent en bas en un seul col. Au niveau de l'union des deux cornes existe une bride qui va de la face postérieure de la vessie à la face antérieure du rectum et qui a pu être une cause de dystocie.

M. E.-O. Croft. — **Tuberculose du col de l'utérus.** — (*The British Medical Journal*, 8 *mars* 1902.)

Cas typique de tuberculose du col de l'utérus. L'affection s'est développée dans la muqueuse cervicale, à l'orifice externe de l'utérus, et a donné naissance, localement à une grosseur de forme papillaire (cervicite papillaire, d'origine tuberculeuse). Des coupes faites à travers ce produit de néoformation et comprenant aussi la muqueuse avoisinante, révélaient l'existence de tissu tuberculeux, parfaitement typique. L'affection semblait tout à fait localisée, puisque le corps de l'utérus et les trompes avaient conservé leur aspect normal.

L. S.

Augier. — **Un cas de lithiase de la cavité utérine.** — (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1er *février* 1902.)

Au cours d'une autopsie pratiquée sur une femme de 68 ans, morte d'une pneumonie double, M. Augier trouva dans la cavité utérine une série de corps blanchâtres disposés presque comme les grains d'un chapelet; c'étaient des calculs de consistance calcaire, ayant des dimensions variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis. L'auteur compta 23 concrétions, accolées à la muqueuse par un mucus épais et visqueux.

Les parois utérines sont épaissies, et le col de l'utérus est oblitéré par trois saillies, dont deux sont sessiles et la troisième de forme polypeuse. La cavité du corps est tapissée de formations kystiques glandulaires, associées à de l'endométrite catarrhale. L'un des ovaires

parait complètement fibromateux, et, dans le ligament tulo-ovarien droit, se trouve une masse de consistance fibreuse.

M. Augier n'a pas encore fait faire l'examen histologique de cette masse qui est peut-être un corps fibreux ou un ovaire supplémentaire, ni l'analyse chimique des calculs qu'il a découverts. Il pense que le fait qu'il rapporte est très rare, et suppose que, dans ce cas, il s'agit d'une véritable lithiase utérine, analogue à la lithiase biliaire.

M. Voituriez suggère l'idée que ces calculs sont peut-être des concrétions formées directement dans les glandes, comme on en observe dans la prostate et même dans l'utricule prostatique.

M. Augier répond que les calculs étaient bien à la surface de la muqueuse et non pas enchâssées dans les glandes; de plus, il n'y avait rien dans le liquide des petits kystes glandulaires.

M. W. WALTER. — **Fibro-myome de l'utérus.** — (*The British Medical Journal*, 1er *février* 1902.)

L'auteur mentionne, chez une femme de 39 ans, l'extirpation d'un fibro-myome par l'hystérectomie abdominale. Après avoir lié et sectionné les ligaments larges, suivant la méthode courante, M. Walter détacha l'utérus par une incision cunéiforme, faite juste au-dessus du dôme vaginal. Le col fut dilaté de haut en bas, une paire de petites pinces de Spencer Wells, et une mèche de gaze fut passée dans le vagin pour servir de voie de drainage. L'auteur coupa court les ligaments, et fit la suture du péritoine au-dessus du moignon, excepté au point où paraissait l'extrémité de la mèche de gaze servant de drain. Fermeture de l'abdomen avec des points de suture au catgut et à la soie. — Guérison.

La tumeur enlevée était un fibro-myome sous-muqueux, fixé au fond et à la paroi antérieure de l'utérus, et présentant en certains points une dégénérescence myxomateuse, et en d'autres une dégénérescence graisseuse.

Sur 36 hystérectomies abdominales pour fibromes, M. Walter n'a eu encore qu'un cas de mort.

NOBLE. — **Complications et dégénérescences des fibromes de l'utérus étudiées au point de vue de leur influence sur le traitement de ces tumeurs.** — (*The British Gynecological Journal, novembre* 1901.)

M. Noble fait une longue étude des complications et des dégénérescences des fibromes de l'utérus, d'après une statistisque de 218 cas qu'il a recueillis. A ses yeux, les complications qui sont survenues chez des femmes porteuses de tumeurs fibreuses, peuvent être réparties en trois classes :

1° D'abord, les complications causant fatalement la mort, c'est-à-dire les kystes de l'ovaire bilatéraux, unilatéraux et suppurés; les kystes dermoïdes bilatéraux, suppurés, et compliqués de torsion du pédicule; la grossesse tubaire; le carcinome papillaire des ovaires; l'abcès de l'ovaire; les pyosalpinx unilatéraux et bilatéraux; la dégénérescence kystique de la tumeur; la nécrose de la tumeur; l'adéno-carcinome du corps de l'utérus; l'épithéliome du col utérin; le sarcome et le syncytiome.

2° En second lieu, les complications mettant la vie de la malade en danger, c'est-à-dire, l'appendicite ; l'hydrosalpinx unilatéral et bilatéral; l'hématosalpinx ; le kyste parovarien ; la dégénérescence myxomateuse de la tumeur.

3° Et en dernier lieu, les complications rendant la femme victime d'une infirmité plus ou moins grande, c'est-à-dire l'infiltration calcaire, la dégénérescence kystique des ovaires ; le développement intra-ligamenteux du fibrome ; la rétroversion et le prolapsus de l'utérus ; enfin, la salpingite unilatérale et bilatérale.

L'auteur note que sur ces 218 cas de fibromes utérins, 78 malades sont mortes de complications. Mais de plus, il y a à ajouter les cas de mort causés par les tumeurs elles-mêmes, mort due soit à l'hémorragie ou à une dégénérescence du cœur ou des reins, soit à la septicémie ou à la cachexie provoquées par la nécrose de la tumeur, soit à la thrombose, à la phlébite ou à l'embolie. D'où, une mortalité de 93 cas, c'est-à-dire de 42 %.

M. Noble rapporte, parmi les complications les plus intéressantes qu'il observa, un cas de sarcome survenu chez une femme de 51 ans, et un cas de syncytiome chez une femme de 31 ans.

L'auteur eut l'occasion d'opérer, avec succès, 2 cas de fibromes concomitants à une grossesse, et fit l'accouchement, quelques semaines plus tard, d'une façon normale.

Dans 6 cas de nécrose du fibrome, il intervint *per vaginam*, et eut 2 morts, causées dans un cas, par une embolie, et, dans l'autre par une endocardite.

M. Noble ne croit pas à la disparition du fibrome après la ménopause ou après l'accouchement, et rapporte même un cas caractéristique de tumeur fibreuse observée chez une femme de 52 ans, arrivée à la ménopause, et ayant constamment d'abondantes métrorrhagies.

Les tumeurs fibreuses peuvent apparaître à l'âge de 20 ans, et l'auteur cite une observation d'une jeune fille de 17 ans, porteuse d'un fibrome.

Après avoir fait remarquer que 21 femmes, ayant de 50 à 60 ans, et 7 femmes âgées de 60 à 70 ans, furent opérées *per vaginam*, l'auteur signale que la stérilité est fréquente chez les femmes souffrant de tumeurs fibreuses, et dit n'avoir observé que 91 cas de grossesse sur 218 cas.

M. Noble mentionne le fait que les fibromes peuvent se compliquer encore par la formation d'adhérences aux organes voisins, surtout à l'appendice, à l'intestin et à la vessie. Il insiste spécialement sur les relations des tumeurs fibreuses avec l'embolie et la phlébite et note que ces tumeurs coexistent très souvent avec le cancer de l'utérus, celui-ci prenant la forme épithéliomateuse.

L'auteur termine son rapport sur les fibromes utérins, par quelques considérations sur le traitement de ces fibromes. Quand ces derniers ne sont pas compliqués, l'hystérectomie et la myomectomie donnent une mortalité de 2 à 10 %. Dans les cas où il y a dégénérescences, et complications du fibrome, on enregistre une mortalité de plus de 33,2 %.

M. Noble recommande d'intervenir le plus tôt possible dans tous les cas de tumeurs fibreuses, car le meilleur traitement est l'ablation de la tumeur faite dans le plus bref délai.

M. Bowreman-Jossett approuve l'intervention radicale dans les cas de

fibromes de l'utérus et dit avoir eu l'occasion de constater plusieurs fois quelques-unes des complications rappelées par M. Noble. (Appendicite, hématosalpinx double, kyste parovarien, carcinome et sarcome.)

M. Macnaughton-Jones pense que les complications et les dégénérescences des tumeurs fibreuses sont plus fréquentes qu'on ne le croit, et donne, à ce sujet, un compte rendu de ses recherches personnelles dans les différents musées pathologiques de Londres. Il rapporte un cas de fibrome ayant subi la dégénérescence mucoïde, pesant plus de 4 kilogrammes. Il fait, de plus, remarquer que M. Noble n'a pas mis en lumière l'influence du fibrome sur la mentalité de la femme, à la ménopause, et dit avoir observé, deux ou trois fois, des cas de fibro-myomes compliqués de démence aiguë.

M. Macnaughton-Jones signale enfin la fréquence très grande des erreurs commises dans le diagnostic des fibromes de l'utérus et avoue avoir vu, en bien des cas, des sarcomes et carcinomes de l'ovaire être pris pour des tumeurs fibro-myomateuses.

Mme Scharlieb croit que les fibromes peuvent diminuer de volume après la ménopause, et rapporte à cet effet, une observation très nette. Elle intervint dans un cas de fibrome de la face antérieure de l'utérus, chez une jeune fille de 15 ans.

M. Stanley Boyd fait savoir qu'il est très difficile de déterminer la véritable nature d'une tumeur qui est dite avoir subi la dégénérescence sarcomateuse et cite un fait où, chez une femme de 50 ans, on trouva à l'opération, au lieu d'un fibrome envahi par la dégénérescence sarcomateuse, un sarcome *ab initio*.

M. Heyvood Smith pense que les fibromes perdent de leur volume après l'accouchement, bien que durant la grossesse, il soit possible que ces tumeurs devinssent plus volumineuses. Le curettage doit être abandonné dans tous les cas où l'hémorragie provient de la tumeur fibreuse.

M. Herbert Swan dit qu'un fibrome peut subir la dégénérescence maligne de différentes manières, et évoluer soit vers la dégénérescence « monomateuse », si cette tumeur fibreuse est molle, unique, œdémateuse, soit vers la dégénérescence myo-sarcomateuse, si cette tumeur est dure, multiloculaire, soit enfin vers la dégénérescence carcinomateuse. L'auteur conseille l'intervention radicale dans tous les cas.

M. Macpherson Lawrie ne croit pas que le traitement radical soit toujours de règle, et dit avoir vu des fibromes perdre de leur volume après la grossesse.

M. Skene Keith est aussi convaincu que les tumeurs fibreuses deviennent moins volumineuses après l'accouchement et ne recommande l'opération que dans un certain nombre de cas.

M. Stanley Boyd n'admet pas toutes les complications signalées par M. Noble et dit que le plus grand nombre d'entre elles sont accidentelles.

M. Noble répond en faisant remarquer que dans cette étude, il n'a pas cherché à établir les liens de relation pouvant exister entre le fibrome et le cancer. Il croit, d'après les statistiques fournies par « The Johns Hopkin's Hospital » et par plusieurs cliniques allemandes que la dégénérescence sarcomateuses est très rare. Il insiste finalement sur la nécessité de l'intervention radicale et dit que le traitement conservateur des fibromes de l'utérus est une faute en chirurgie gynécologique.

L. S.

AUDIBERT (de Marseille). — **Fibro-myome télangiectasique de l'utérus spontanément expulsé.** — (*Marseille médical*, 1er *avril* 1902.)

Il s'agit d'une femme de 50 ans,qui « accoucha » spontanément d'une énorme masse sanguinolente, faisant saillie à la vulve et pendante entre les cuisses. Cette femme eut deux fausses couches et plusieurs grossesses qui évoluèrent normalement. D'une robuste constitution, elle se portait toujours bien, lorsque vers Noël 1900, elle fut prise de violentes métrorrhagies, qui se répétèrent,les jours suivants,avec une telle abondance, qu'elles amenèrent plusieurs syncopes. Les hémorragies cessèrent quelque temps, mais réapparurent. Entre temps, cette femme avait présenté des pertes blanches légères et sans importance. Nouvelle accalmie, et nouvelles métrorrhagies, avec syncope, anémie consécutive extrême et épuisement considérable. Au mois de mai 1901,elle accusait une forte sensation de poids dans l'abdomen et ressentait quelques vagues douleurs. Bref, le mois suivant, en voulant se lever, elle éprouva une souffrance plus aiguë, et eut comme la sensation que quelque chose descendait, qu'elle allait accoucher ; effectivement, au milieu d'une hémorragie, la plus forte qu'elle ait eue, elle expulsa spontanément une tumeur.

La tumeur rouge, sanglante, très vascularisée, était complètement pendante hors des parties génitales externes ; elle présentait un pédicule très gros à base très large qui se confond avec l'utérus et qui rend la confusion possible entre celui-ci et la tumeur. L'utérus est en inversion, mais en inversion non complète, car le doigt rencontre un bourrelet circulaire autour du pédicule, bourrelet limitant l'entrée d'un sillon dans lequel vient buter la sonde cannelée.

On pratiqua la myomotomie par morcellement de la tumeur, et par l'hystérectomie vaginale : l'utérus fut attiré à l'extérieur, divisé en deux et ensuite excisé.

Pas de lavage. Pas de drainage. Guérison.

La tumeur enlevée représentait à peu près la grosseur d'une énorme tête de fœtus, d'apparence lisse, et entourée d'une membrane très mince et très fragile. La coloration était d'un rouge intense que présentait la masse et l'infiltration sanguine qu'elle offrait. On eût dit une grosse éponge fortement imbibée et rendant une partie de son contenu à mesure qu'on la comprime. La masse de cette tumeur était molle et charnue, mais d'une chair dégénérée qui n'avait rien de consistant. A la coupe, on voyait de nombreux vaisseaux laissant s'écouler une grande quantité de sang ; on n'apercevait pas de systèmes lacunaires bien nets, mais il existait une suffusion en masse, avec certains points beaucoup plus friables, et on se serait cru en présence d'un véritable angiome.

L'utérus n'offrait rien de particulier ; il était épaissi, assez dur, sans noyaux de fibromes.

GUSTAV BULLIUS (Freiburg). — **De la topographie de l'utérus et de la vessie après l'opération d'Alexander Adam.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 18 *janvier* 1902, *n°* 3.)

Aussitôt après l'opération, l'utérus est presque toujours redressé, le fond dépassant l'entrée du bassin, parfois de 2 à 3 travers de doigt.

La portion vaginale se trouve le plus souvent à la hauteur de la ligne des épines, soit dans cette ligne, soit plus près de la paroi pelvienne antérieure, plus rarement de la postérieure, quelquefois tout en haut au niveau du bord inférieur de la symphyse du pubis, suivant la longueur de l'utérus, suivant la tension des ligaments sacro-utérins et cardinaux et des parois vaginales. Quand, par une colporrhaphie antérieure, la paroi vaginale antérieure a été racourcie, ou quand cette paroi est naturellement courte, l'utérus est en totalité ramené en avant. Quand le relâchement considérable des parois vaginales amène une forte pression négative, l'entrée de l'air distend le cul-de-sac postérieur, ce qui repousse l'utérus tout entier en avant. Tous ces facteurs modifient donc la situation de l'utérus après l'opération.

Le raccourcissement des ligaments ronds à lui seul ne replace pas l'utérus dans une situation normale; il porte le fond de l'utérus en avant, mais ne produit pas l'antéflexion-version normale de tout l'organe. Il redresse l'utérus que les facteurs ci-dessus conduisent ensuite en antéposition totale. Les ligaments racourcis élèvent l'utérus, le transportent du petit bassin dans le grand, souvent à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'entrée du bassin, et, en général, en avant, plus ou moins contre la paroi abdominale antérieure.

L'auteur a recherché également quelle était, après l'opération, la situation de la vessie et son influence sur l'utérus, suivant qu'elle est pleine ou vide.

Chez une femme opérée en janvier 1901, il a trouvé, après l'opération, l'utérus redressé, le fond à 3 centimètres au dessus de la symphyse, immédiatement derrière la paroi, le col dans la ligne des épines. A un examen fait en juillet, il trouva le fond utérin vers le milieu entre l'ombilic et la symphyse. Le col était situé en arrière et élevé, le cul-de-sac vaginal antérieur légèrement refoulé en bas. La vessie était pleine; il retira environ 500 cent. cubes d'urine, et le fond utérin se trouva alors derrière la paroi, à 3 cent. au-dessus de la symphyse: le col était reporté en avant et en bas, et se trouvait de nouveau dans la ligne des épines. En injectant dans la vessie 100 cent. cubes de liquide, le fond n'est pas déplacé, le cul-de-sac vaginal antérieur est un peu tendu et le col est ramené en arrière. Chaque nouvelle injection de 100 cent. cubes dans la vessie élève le fond utérin d'un demi-centimètre et finalement le repousse en arrière. Donc, les ligaments raccourcis conservent leurs fonctions et cèdent aux sollicitations de la vessie; mais l'utérus ne se trouve plus dans une situation normale.

Les mêmes constatations ont pu être faites dans deux autres cas, et l'auteur fait remarquer combien cette persistance des qualités fonctionnelles des ligaments ronds, après leur raccourcissement, est favorable à une grossesse éventuelle.

M. B.

HEINRICH PEHAM. — **Des ruptures utérines au niveau des cicatrices.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 25 *janvier* 1902, *n°* 4.)

La plus grande fréquence incontestable des ruptures utérines chez les multipares s'explique, d'une part, par l'involution incomplète du segment inférieur fortement distendu durant un accouchement pénible, d'où un amincissement rapide de ce segment à l'accouchement suivant;

d'autre part, Freund a attribué cette prédisposition des multipares principalement à l'atrophie du segment inférieur consécutive à des déchirures incomplètes antérieures. L'auteur publie trois observations, provenant de la clinique de Chrobak, de femmes ayant eu des ruptures de l'utérus au niveau de cicatrices de ruptures faites lors d'un accouchement antérieur. La littérature offre de nombreux exemples de cas semblables, et aussi de ruptures au niveau de cicatrices opératoires. Nombreux aussi sont les cas où, après une rupture, un accouchement ultérieur s'est passé heureusement.

Particulièrement fréquentes sont les ruptures de cicatrices provenant d'une opération césarienne. D'après le travail de Krukenberg (*Archiv für Gynäkologie*, t. XXVIII, 1886), 50 0/0 des cicatrices d'opération césarienne éclatent aux grossesses suivantes, ce qui n'est exact que pour les cas où l'utérus n'a pas été suturé. La suture de l'utérus a diminué le pourcentage, mais ne supprime pas complètement le danger de rupture.

Si les cicatrices provenant de déchirures antérieures éclatent plus souvent, cela tient d'une part au siège de ces cicatrices aux points où l'organe, durant la contraction, subit la plus forte extension, et ensuite aux caractères de cette cicatrice provenant d'une déchirure irrégulière, avec suffusion sanguine et adhérences, surtout que souvent l'occlusion de l'utérus rompu n'est pas complète. Le danger de rupture est surtout grand quand on traite la rupture par le drainage, et l'auteur se demande s'il ne vaut mieux extirper l'utérus déchiré que de le drainer, quand on ne peut pas assurer une occlusion parfaite.

Il n'est pas facile, lorsqu'on voit une multipare pour la première fois, de reconnaître une cicatrice de rupture ancienne, même étendue. Mais, quand on sait qu'il y a eu rupture notable à un accouchement antérieur chez une femme enceinte, l'auteur conseille de provoquer l'avortement, en se basant sur cette considération que, si une opération césarienne faite à temps écarte le danger de rupture au moment de l'accouchement, elle ne met pas à l'abri d'un éclatement de l'utérus aminci au niveau de la cicatrice, sous l'influence d'un traumatisme minime.

M. B.

ANNEXES

WILLIAM P. MATTHEUS. — **Hernie inguinale de l'ovaire.** — (*New-York Medical Journal, 11 janvier* 1902.)

L'auteur rapporte un cas de hernie de l'ovaire, observé chez une jeune fille de 16 ans, de constitution robuste, et présentant, depuis sa naissance, dans chaque région inguinale, une grosseur qui ne lui parut pas inquiétante. Mais, à partir de l'âge de 14 ans, des douleurs très vives survinrent subitement, au point que la jeune fille dut s'aliter quelques jours. La palpation de la tuméfaction était très sensible et provoquait des nausées. Aucune menstruation.

M. Mattheus diagnostiqua une simple hernie inguinale et opéra par la méthode de Bassini. Le sac paraissait être très adhérent à l'anneau interne et au tissu enveloppant le canal. A son ouverture, l'auteur cons-

tata un adénome de l'ovaire, dont l'apparence semblait plutôt être celle d'un testicule que d'un ovaire.

L'histoire familiale de cette malade est intéressante. Sa bisaïeule eut, de sa première union consanguine, huit enfants (femelles) qui ne se portèrent jamais très bien, et paraissaient avoir vingt ans de plus qu'elles n'avaient réellement. De sa seconde union, naquirent deux filles, dont l'une fut toujours souffrante. Deux tantes de la malade n'ont jamais été réglées, et l'une d'entre elles avait une double hernie inguinale irréductible. Cinq de ses cousines ne virent jamais leurs règles, et une des sœurs de la malade, qui, elle aussi, ne fut jamais menstruée, portait, une double hernie inguinale, réductible à gauche et irréductible à droite.

L. S.

BÉGOUIN. — **Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.** — (*Journal de médecine de Bordeaux*, 2 *février* 1901.)

Il s'agit d'une femme de 30 ans, mère de deux enfants, sans passé génital, qui, depuis 6 mois, avait constaté une augmentation du volume de son ventre. Subitement, cette femme fut prise de douleur très vive, de dyspnée et d'ampliation considérable du ventre. Une ponction fut pratiquée et donna issue à cinq litres de liquide sanguinolent.

M. Bégouin conclut à un kyste de l'ovaire appréciable à ce moment du côté gauche, et rapporta les accidents à des phénomènes de torsion du pédicule.

L'ovariotomie fut pratiquée dès le lendemain, et fut suivie de guérison. L'auteur constata que ce kyste à habitat gauche appartenait à l'ovaire droit, que son pédicule était court et que la torsion n'était que d'une demi-tour de spire. Il contenait trois loges; c'est la plus volumineuse qui fut vidée par ponction, une partie de la poche était de coloration vert bronze florentin. La torsion minime que M. Bégouin observa a-t-elle été suffisante d'emblée pour produire dans la première journée ce sphacèle, ou la ponction a-t-elle permis la détorsion de ce pédicule?

L'auteur croit que, dans de pareils cas, la ponction ne supprime pas toujours les accidents et recommande l'ovariotomie comme le seul mode de traitement curateur, l'ovariotomie d'urgence.

M. Boursier fait remarquer que les faits de transfert des kystes de l'ovaire sont bien connus; ils sont généralement l'apanage des pédicules longs. Ce qui est remarquable dans le cas, rapporté par M. Bégouin, c'est que le pédicule était court.

H. J. BOLDT. — **Fibro-myomes de l'ovaire.** — (*Soc. de Gyn. de New-York in Med. Record*, 11 *janvier* 1902.)

Les tumeurs solides de l'ovaire sont rares, comparées à la fréquence des kystes de cette glande. De fait il est admis que les tumeurs fibroïdes ou fibro-myomateuses de l'ovaire existent dans une proportion de 2 %. L'auteur, d'après son expériencs, pense que ces tumeurs sont encore bien moins fréquentes.

Au point de vue histologique, les fibro-myomes de l'ovaire ont la même constitution que les tumeurs utérines du même nom. Pour la plupart des auteurs, les tumeurs fibro-myomateuses de l'ovaire ne con-

tiennent pas autant d'éléments musculaires lisses que les fibro-myomes de l'utérus, et pour d'autres, il existerait, au contraire, une richesse de structure musculaire beaucoup plus grande dans les premières que dans les secondes. En règle générale, ces tumeurs sont bien pédiculées ; cependant, elles peuvent se développer à l'intérieur du ligament de l'ovaire.

L'auteur montre un fibro-myome de l'ovaire extirpé à une femme de 35 ans. Cette femme ne fut jamais enceinte et avait une menstruation régulière. Mais ses règles étaient courtes et ne duraient que deux jours. Jamais de dysménorrhée. La malade se plaignait de phénomènes de compression, lui causant de la constipation et de la pollakiurie.

L'examen révéla dans le bassin, une tumeur de consistance solide, non douloureuse à la pression. L'utérus était repoussé en haut, avait son volume normal, et ne semblait avoir aucun lien d'union avec la tumeur pelvienne. Les annexes n'étaient pas accessibles à la palpation. L'auteur fit le diagnostic de fibrome pédiculé de l'utérus. De fait, à l'opération, on trouva un utérus normal et une tumeur pédiculée, en relation avec les annexes gauches. A première vue, cette tumeur ne présentait aucune trace de structure ovarienne. La trompe était seulement un peu épaissie. Les annexes, à droite, étaient normales.

Macroscopiquement, le néoplasme avait une teinte pâle, était de consistance dure et d'aspect quelque peu nodulaire. Dans ses différents sens, il mesurait 8 cent. 1/2, 10 centimètres, et 17 centimètres. A la section, on voyait des cavités kystiques contenant une substance graisseuse et albumineuse. De nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses apparaissaient dans sa structure.

Depuis l'opération, l'auteur a appris que cette femme est devenue enceinte et fait remarquer que, dans certains cas, on croit avoir affaire à un fibro-sarcome de l'ovaire, alors qu'en réalité existe un fibrome ou un fibro-myome.

I.-K. Nikitine. — **Cancer colloïde des deux ovaires et grossesse.** — (*Société d'Obstétr. et de Gynéc. de Moscou, séance du* 28 *novembre* 1901.)

La malade, 30 ans, fut amenée à l'hôpital pour des métrorrhagies, en état de faiblesse extrême avec perte de connaissance, pouls à peine perceptible et température à 36°7, douleurs violentes à l'hypogastre. Comme antécédents gynécologiques, rien de particulier à noter; huit grossesses antérieures normales, dernier accouchement en novembre 1900. Il y a deux ans, douleurs violentes aux reins, continues pendant presque une année. En avril 1901, métrorrhagie suivie de faiblesse, de céphalées; depuis dépression générale, hypocondrie, faiblesse de mémoire, émaciation extrême, avec pâleur et léger ictère des téguments, météorisme, légère ascite et œdème des membres inférieurs.

La hauteur de l'utérus est celle d'une grossesse de 4 mois; col ramolli, orifice utérin entr'ouvert, cul-de-sac antérieur légèrement effacé. Au niveau de l'ovaire droit, tumeur dure, mobile, du volume d'une tête de fœtus ; une tumeur de même nature, du volume d'un poing, occupe l'ovaire gauche.

Diagnostic : tumeur maligne des deux ovaires, grossesse de 4 mois, commencement d'avortement.

Lorsque la dilatation du col a laissé passer un doigt, on a vidé l'utérus. Hémorragie consécutive insignifiante; malgré l'injection de 500 gr. de sérum physiologique la malade succomba une heure après l'opération (3 heures 1/2 après son entrée à l'hôpital) avec des phénomènes de paralysie du cœur.

Autopsie : Athérome de l'aorte, dégénérescence du myocarde, du foie et des reins; rate volumineuse; infarctus suppurés des reins et de la rate, œdème des poumons, péritonite circonscrite.

Du côté des ovaires on a trouvé, à droite, une tumeur du volume d'une tête de fœtus, bosselée, assez dure, avec des foyers hémorragiques arrivant jusqu'à la superficie. Foyers de ramollissement et de nécrose, atteignant çà et là le revêtement séreux. Sur la coupe le tissu néoplasique est œdématié, avec foyers de nécrose et d'hémorragie; mêmes lésions dans la tumeur de l'ovaire gauche, du volume d'une orange, mais sans îlots de ramollissement ni foyers hémorragiques.

Au microscope le néoplasme de l'ovaire droit présentait la structure alvéolaire propre aux tumeurs cancéreuses, avec des cellules néoplasiques ayant subi la dégénérescence colloïde.

Mêmes lésions dans l'ovaire gauche. Envahissement des ganglions lymphatiques, mésentériques, susrénaux et bronchiques.

Ce cas est intéressant par la rareté relative de cancer de l'ovaire compliqué de grossesse et par la nature colloïde de la tumeur maligne. Le rapporteur n'a trouvé dans la littérature que quelques cas isolés plus ou moins analogues (ceux de Rosen, de Rosenstin, de Roubesca, de Soiegelberg, de Léopold), mais non identiques au sien.

Mme El.

K. Skrobansky. — **Lésions des ovaires dans les maladies infectieuses aiguës.** — (*Journal de Gynéc. et d'Obstétr. de St-Pétersbourg, octobre* 1901.)

Les lésions commencent par la destruction de l'ovule dans les follicules primordiaux. Leur protoplasme devient d'abord grossièrement grenu et la vésicule germinative fortement modifiée : la chromatine se réunit en amas disposés irrégulièrement, les contours du noyau disparaissent graduellement. Peu à peu, l'œuf modifié et le protoplasma grenu s'entremêlent et la poche folliculaire ne renferme qu'une masse granuleuse uniforme contenant beaucoup de gouttelettes graisseuses. L'épithélium granuleux ne périt pas à ce moment; il augmente au contraire de volume, devient cubique. Avec le temps, le follicule se ratatine.

Le stroma avoisinant, entourant le follicule d'une couronne de plis s'enfonce dans sa cavité diminuée de dimensions et lui donne un aspect étoilé.

Dans les follicules en voie de maturation, le processus de destruction débute aussi par la désagrégation de l'ovule, mais ici la membrane granuleuse plus riche manifeste une activité particulière dans le processus de destruction de l'œuf désagrégé et remplace ainsi la perte de substance.

La destruction des follicules de de Graef présente quelques anomalies comme dans leur atrésie physiologique, mais ce processus marche

ici beaucoup plus rapidement et envahit un nombre beaucoup plus grand de follicules.

Le tissu connectif des ovaires semble normal, sans trace d'infiltration par des éléments granuleux.

La nature de l'infection n'a aucune influence sur la nature des lésions histologiques des ovaires. Ni l'intensité de l'infection, ni sa durée, n'ont des rapports directs de cause à effet, avec le degré des lésions des organes en question.

Mme El.

A.-H. Goelet. — **Kystes de l'ovaire et fibromes.** — (*Soc. de Gyn. de New-York, Med. Rec.*, 11 *janvier* 1902.)

Présentation de pièces anatomiques : kystes de l'ovaire avec fibromes, retirés de l'abdomen d'une femme de 29 ans. Pendant un ou deux mois cette femme cessa d'avoir ses règles, mais se plaignait presque toujours de dysménorrhée, de dyspareunie et de pollakiurie. L'opération révéla un double kyste de l'ovaire gauche. Deux petits fibromes furent aussi découverts et enlevés. A un premier examen, il était difficile de faire le diagnostic, et l'auteur crut tout d'abord à une grossesse ordinaire.

Baumgart (Kassel). — **Môle vésiculaire chez une femme ayant un cystome ovarique double.** — (*Centralb. für Gynäk*, 25 *janvier* 1902, *n°* 4.)

Une femme de 22 ans expulsa le 22 janvier une môle vésiculaire, après une absence de règles de 2 mois. Quelques mois après, nouvelle hémorragie; le médecin traitant constate dans le bas-ventre le développement d'une tumeur.

A l'examen, on trouve un orifice vulvaire large, un utérus en antéversion, triplé de volume, mesurant 11 centimètres de longueur, avec un orifice perméable au doigt, laissant écouler du sang. De chaque côté de l'utérus on sent une tumeur kystique, mobile, du volume d'une tête d'enfant. Le 25 avril curettage.

A l'examen microscopique, on constate une inflammation interstitielle de la muqueuse utérine ; l'épithélium est en partie conservé; on trouve encore éparses quelques villosités dégénérées. Le 8 juin laparotomie. A droite de l'utérus, se trouve une tumeur kystique de l'ovaire, ayant 20 centimètres de long et 8 centimètres de large, d'un rouge bleu foncé, ovale allongée. Le pédicule, à demi tordu à gauche, est large presque de 2 travers de doigt, gonflé, succulent. La tumeur du côté gauche, appartenant également à l'ovaire, est aussi allongée, mais beaucoup plus large; son pédicule est étroit, étiré. Suites normales, guérison.

Les cas de môle vésiculaire coexistant avec une dégénérescence kystique des ovaires sont assez rares. Dans tous les cas, on a relevé comme dans le cas de l'auteur, la bilatéralité des lésions ovariques et la nature kystique de la dégénérescence. L'auteur pense qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence entre l'existence de la môle et le kyste ovarique, surtout quand, comme dans son cas, on ne trouve dans les antécédents de la femme ni affection générale, ni lésion de l'endométrium. Resterait alors à élucider si la formation de la môle dépend directe-

ment de la maladie de l'ovaire, ou s'il faut admettre qu'elle est causée par un processus endométritique, comme on en observe dans les maladies des ovaires, par suite des troubles circulatoires.

M. B.

LADINSKI. — **Tuberculose des annexes.** — (*Société de Gynécologie de New-York, in Medical Record, 11 janvier 1902.*)

La malade qui fait le sujet de l'observation de M. L.-J. Ladinski ne se plaignait que de légers troubles dysmémorrhéiques. L'auteur trouva, à l'examen. une tumeur fluctuante dans le côté droit de l'abdomen, à peine sensible à la pression, et diagnostiqua un kyste de l'ovaire. A l'opération, on vit que tout ce côté droit du petit bassin était comblé par une masse ressemblant à un hématome. La séreuse péritonéale enveloppant les ovaires et les trompes était recouverte de petits nodules tuberculeux. L'examen bactériologique confirma le diagnostic.

Ce cas est spécialement intéressant à cause de l'absence de symptômes révélant la maladie. Rien, du reste, n'indiquait le mode d'infecfection.

H. MACNAUGHTON-JONES. — **Pyosalpinx primitif d'origine tuberculeuse.** — (*The British Gynæcological Journal, novembre 1901.*)

Ce cas a été constaté chez une jeune femme de 22 ans, toujours bien réglée, présentant dans son cul-de-sac latéral gauche une trompe et un ovaire volumineux, ramollis et fort sensibles à la pression. M. Macnaughton-Jones fit une cœliotomie abdominale, et trouva une trompe excessivement distendue par le pus. L'ovaire droit était sain. A l'examen, M. Targett signala, sur la surface externe de la pièce, de petites adhérences fibreuses, toutes parsemées de tubercules miliaires. La lumière de la trompe était remplie d'un pus caséeux épais, et des ulcérations s'étendaient sur la muqueuse. L'examen microscopique révélait, après section de la portion de la trompe non dilatée, un épaississement général de sa muqueuse avec infiltration de tubercules miliaires. Guérison.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

M. LEJARS. — **Les hémorragies par rupture de la trompe gravide.** — (*Gazette des hôpitaux, 16 janvier 1902.*)

M. Lejars étudie les accidents de la grossesse tubaire rompue, et rapporte deux observations où il eut affaire à des collections sanguines très volumineuses et enkystées. Mais l'hémorragie qui est consécutive à une rupture de trompe gravide, peut ou bien s'encapsuler, ne pas se reproduire, ou bien se diffuser, et former une véritable inondation péritonéale. Dans le premier cas, il s'agit d'un *hématome tubaire, péri-tubaire*, ayant l'aspect d'une véritable *tumeur annexielle*; dans le second cas, l'hémorragie a envahi toute la cavité abdominale, présente une allure cataclysmique et tue en quelques heures.

L'auteur fait remarquer *que l'enkystement n'est jamais que secondaire, que la trompe fissurée ou rompue saigne d'abord librement dans le petit bas-*

sin, ***dans le péritoine***, et que c'est précisément la réaction vitale, défensive du péritoine, qui crée autour de l'épanchement des néo-membranes et des adhérences. Il n'y a tumeur, il n'y a poche constituée et reconnaissable qu'une fois achevée la barrière adventive circonférentielle.

Ces hématomes tubaires ou péri-tubaires peuvent *être non suppurés* et ne se manifestent extérieurement que par des signes qui traduisent l'hémorragie, d'une part, et de l'autre, l'irritation péritonéale au contact de l'épanchement sanguin. Ou bien, ces mêmes hématomes peuvent être *suppurés* et se caractérisent par une infection venue de la trompe ou de l'intestin, avec des *poussées fébriles et septiques*, compliquées d'accidents péritonéaux graves.

Dans la deuxième variété d'hématocèle causée par une grossesse tubaire rompue, l'hémorragie a formé une véritable inondation, et créé le danger moins par son abondance que par sa *continuité* en *péritoine libre*. M. Lejars rapporte quatre observations d'hémorragies tubaires cataclysmiques, où l'intervention fut couronnée de succès.

Quel est donc le traitement à suivre dans chacune de ces variétés d'hématocèle pelvienne?

Si l'hémorragie tubaire est diffuse ou plus ou moins bien enkystée, la laparotomie est absolument nécessaire. Il faut vider l'hématome d'abord et faire l'hémostase définitive par l'ablation de la trompe rompue.

Si l'hématome est enkysté, ayant subi la transformation purulente. ou demeurant non suppuré, la laparotomie sera encore de règle, bien que la laparotomie ait été préconisée. M. Lejars pense que l'intervention vaginale est une méthode incomplète, car elle ne met pas à l'abri des traînées de caillots, des diverticules de la poche, ou des débris de la trompe rompue, qui sont loin d'être toujours inoffensifs.

Donc, c'est *par le ventre* qu'il faut attaquer, suivant l'auteur, les hématomes par rupture de la trompe gravide; et, pour effectuer cette opération, deux temps principaux doivent être suivis. D'abord faire l'ouverture et l'évacuation de la poche adventice, puis, continuer par la libération et l'excision du kyste tubaire ou de ses débris.

J.-H.-C. Kynoch. — **Un cas de grossesse ectopique à répétition.** (*The Scottish Medical and Surgical Journal*, *février* 1902.)

M. Kynoch rapporte un cas de grossesse ectopique de la trompe gauche, survenue chez une femme de 30 ans, ayant eu déjà 3 enfants et qui, subitement, une semaine après l'arrêt de ses règles, fut prise de douleurs aiguës et de pertes de sang continues. Cette grossesse s'était rompue dans le ligament large du même côté gauche et avait formé une tumeur que l'on put constater, par le toucher rectal, au niveau des ligaments utéro-sacrés. Au bout de six semaines, cet hématome était résorbé. Cette même malade, qui avait joui d'une excellente santé depuis sa dernière grossesse, présenta, 18 mois après, dans la trompe droite, une nouvelle grossesse ectopique.

L'auteur pense que, contrairement à l'opinion de certains chirurgiens qui préconisent l'ablation radicale des annexes de chaque côté, dans le cas de grossesse extra-utérine unilatérale, par crainte de la récidive, il est préférable d'être conservateur et de n'intervenir, sur chacune de ces annexes, que si les circonstances pathologiques le nécessitent.

Au sujet de l'observation qu'il mentionne, l'auteur rappelle que les cas de grossesse ectopique répétée ne sont pas aussi rares qu'on le pense.

Varnier, dans une statistique de 177 cas de grossesse extra-utérine, traités chirurgicalement, trouve 70 cas de grossesse successive, et établit la proportion de 4 grossesses ectopiques pour 4 grossesses normales. Cet auteur signale même une observation où la grossesse ectopique est survenue trois fois chez la même femme.

Haig Fergusson dit que, dans chaque centaine de grossesses extra-utérines, existent, en moyenne, 5 grossesses ectopiques doubles, apparaissant presque en même temps, ou à une époque plus ou moins éloignée de la première grossesse.

Dührssen a signalé un cas d'avortement tubaire qui se répéta dans chaque trompe, dans un intervalle de temps de 20 mois.

Tait a mentionné une observation de grossesse extra-utérine opérée, suivie, au troisième mois, d'une grossesse normale, et peu après, dans le côté opposé, d'une nouvelle grossesse interstitielle.

Mackenrodt a cité le cas d'une malade âgée de 32 ans, qui refusa l'opération pour une grossesse ectopique droite, et qui, 18 mois après cette première gestation, présentait à gauche, une seconde grossesse extra-utérine.

Enfin, Hégar a publié une observation de grossesse tubaire bilatérale, s'étant rompues l'une et l'autre, du 4e au 5e mois, et suivies de guérison, après opération.

CARLIER et OUI. — **Grossesse extra-utérine. Enfant mort. Laparotomie. Marsupialisation du kyste fœtal. Guérison.** — (*L'Echo médical du Nord*, 16 *février* 1902.)

MM. Carlier et Oui rapportent l'observation d'une femme, âgée de 38 ans, présentant une tumeur développée surtout du côté de l'abdomen, mais empiétant quelque peu sur le côté droit. Cette tumeur avait en tous ses points une même consistance. Elle était faiblement élastique, de forme cylindrique plutôt qu'ovoïde, absolument immobile. Elle s'enfonçait dans l'excavation pelvienne et son extrémité supérieure arrivait à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Sur le bord droit et à la partie inférieure de cette seconde tumeur, le palper en faisait percevoir une seconde, beaucoup plus petite que la première, à laquelle elle paraissait intimement liée, piriforme et plus dure que sa voisine. Cette seconde tumeur est couchée obliquement sur la fosse iliaque droite.

Par le toucher, on sent dans la partie supérieure de l'excavation une tête fœtale dont les sutures et les fontanelles sont nettement appréciables et qui n'est séparée du doigt que par des tissus peu épais.

En avant de cette tête, très haut situé, collé derrière le pubis et difficilement accessible, on trouve le col ramolli et comme aplati d'avant en arrière.

A l'auscultation, souffle isochrone au pouls maternel sur toute l'étendue accessible de la grosse tumeur. D'où, diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort.

Laparotomie médiane. Incision du kyste. Il n'y a pas d'hémorragie notable. Extraction du fœtus et marsupialisation de la poche.

Un mois à peu près après l'opération, il se fait *sans fièvre* une véritable putréfaction du placenta, et des fragments de placenta viennent faire saillie dans la plaie. MM. Carlier et Oui font l'extirpation de ces débris placentaires. Guérison un mois après.

Les auteurs ne croient pas que l'extraction immédiate du placenta eût été absolument nécessaire. Le plus souvent, le décollement du placenta effectué aussitôt après l'extirpation du fœtus s'accompagne d'une abondante et dangereuse hémorragie. Ces auteurs font remarquer, au contraire, que la marsupialisation du sac offre une sécurité incomparable, et que l'élimination un peu longue de la masse placentaire n'a présenté, chez cette femme, aucun inconvénient autre que sa durée.

POROSHINE. — **Grossesse extra-utérine datant de 13 ans; fistule intestinale, élimination du squelette fœtal; laparotomie, guérison.** — (*C. R. de la Société Médicale du Turkestan*, 1901, *n°s* 26-30.)

Le cas de l'auteur est intéressant à plusieurs points de vue.

Il s'agissait d'une femme de 38 ans, de constitution délicate, auprès de laquelle l'auteur fut appelé en consultation. La malade avait une fièvre vive et se plaignait de douleurs abdominales. Ventre légèrement météorisé, douloureux, surtout dans sa partie inférieure où l'on constate la présence d'une tumeur du volume d'une tête fœtale, élastique, tendue, douloureuse à la palpation, occupant, par sa plus grande partie, la fosse iliaque droite, remontant, en haut, jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et descendant, en bas, dans le petit bassin. A gauche de cette tumeur, on en trouve une autre plus dure, piriforme, intimement unie à la première. A l'exploration bimanuelle, on constate que l'utérus est en rétroflexion, à droite de la tumeur à laquelle il adhère; col cylindrique, ferme, orifice utérin fermé. La palpation est très douloureuse. Ecoulement vaginal muco-purulent, d'odeur putride. Température 39,1°.

La malade a commencé à souffrir après le deuxième accouchement qui était normal, ainsi que le premier. Elle fut alors traitée par le professeur Slaviansky. Bientôt après, elle devint de nouveau enceinte.

Les mouvements du fœtus devinrent perceptibles, au 5e mois : au 6e mois de la grossesse, les menstruations réapparurent, devinrent très régulières et les mouvements du fœtus ne furent plus perçus par la mère. Le ventre diminua de volume; la malade se sentait bien, depuis 12 ans, après cet accident, quand il y un an, elle fut prise de fièvre, avec anorexie et faiblesse générale. Ce malaise se dissipa, du reste, assez vite. En janvier de l'année courante, la patiente ressentit une vive douleur pendant la défécation et à l'examen des selles on y a trouvé un petit osselet. Un mois plus tard, nouvelle élimination d'un osselet par le rectum. En avril, élimination de plusieurs osselets pendant la défécation qui était excessivement douloureuse. En même temps, la température s'élève brusquement et les douleurs abdominales deviennent très vives.

Diagnostic : Grossesse extra-utérine dans le stade d'involution, suppuration de la poche fœtale, formation de fistule intestinale et élimination du fœtus.

Laparotomie au cours de laquelle on constate que la tumeur partait de la trompe de Fallope; l'utérus était en arrière et à droite, au fond du

petit bassin. Adhérences très intimes et très étendues, surtout en arrière, avec les anses intestinales. Aussi, s'est-on contenté de suturer la poche aux bords de la plaie abdominale et de vider son contenu. La poche était remplie de gaz fétides, d'un liquide ictérique et de grumeaux de pus. Le placenta dégénéré et les enveloppes de l'œuf étaient intimement adhérents avec les parois latérale et postérieure de la poche fœtale. La fistule intestinale n'a pu être retrouvée. Du rectum, on a retiré un petit os. Tamponnement de la poche, suture de la plaie, en trois étages. La malade est guérie mais a conservé sa fistule.

Mme El.

M. Cerné. — **Grossesse tubaire. Présentation de pièces.** — (*La Normandie médicale*, 1er *février* 1902.)

L'auteur montre une trompe de Fallope remplie par un œuf développé, c'est-à-dire en possession de son embryon long d'environ 1 centimètre (âgé de un mois). Le cordon est naturellement plus long qu'on ne le signale à cette période. L'œuf tout entier est aussi beaucoup plus gros, mais c'est sans nul doute parce qu'il a été distendu un peu avant la rupture de la trompe.

M. Cerné fit l'extirpation de cette trompe à une femme de 21 ans. Cette femme souffrait depuis quelque temps dans le ventre, et au mois d'octobre dernier, n'eut pas ses règles. Au mois de novembre, celles-ci revinrent à leur date habituelle et se prolongèrent d'une façon anormale. En même temps, se localisait une douleur de plus en plus vive, dans le côté gauche. Au toucher, l'utérus était normal, mais, dans le cul-de-sac, on sentait une tuméfaction de la taille d'une grosse noix. M. Cerné hésita entre une grossesse tubaire et un gros ovaire avec kyste hématique.

Le matin même de l'opération, la douleur devint plus aiguë. Il y avait eu rupture de la trompe. C'est ce que l'opération permit de constater.

La déchirure, assez petite, siégeait vers le milieu de la face postérieure de la trompe. Le kyste contenait encore une certaine quantité de liquide clair, mais en même temps quelques caillots adhérents comme si une petite hémorragie s'était faite antérieurement à l'intérieur. Mais le sang répandu à l'intérieur de l'abdomen venait manifestement et uniquement de la déchirure tubaire.

Th.-A. Dobbert. — **Soixante cas de grossesse tubaire interrompue.** — (*Jour. d'Obstétrique et de Gynéc. de Saint-Pétersb., septembre* 1901.)

La grossesse tubaire s'observe surtout dans le tiers externe de l'isthme; au fur et à mesure que l'œuf se développe, il s'approche de l'ampoule; aussi Martin et Parry considèrent-ils cette variété de grossesse tubaire comme une variété ampullaire.

Dans l'immense majorité des cas, la grossesse tubaire se rompt à la sixième semaine, quand le placenta commence à se former; il se produit alors soit un avortement tubaire, soit une rupture de la poche fœtale; si la paroi de la trompe est détruite sous l'influence des villosités ou de la couche des cellules dites de Langhans. D'après l'auteur, l'écoulement du sang, dans le sens que lui donne Martin, ne suffit pas à expliquer l'avortement tubaire; il faut y invoquer l'augmentation de la

pression dans la trompe ou la pression du sang extravasé sur l'œuf (môle sanguine) et la contraction de la trompe. Contrairement à l'opinion de Prochovnik, la variété de la rupture de la grossesse tubaire n'est pas due, d'après Dobbert, au siège de l'œuf, mais à l'intensité de l'hémorragie et à la résistance de la poche fœtale; les œufs tombés dans la cavité péritonéale se résorbent, surtout quand ils sont jeunes.

Dans les soixante cas de l'auteur, on a eu recours, pour quarante-six d'entre eux, à une opération et, dans quatorze cas, le traitement fut conservateur. D'après la statistique de Dobbert, l'avortement tubaire est trois ou quatre fois plus fréquent que la rupture.

D'après les phénomènes cliniques et les signes objectifs, on peut diviser la grossesse tubaire interrompue en trois groupes : 1° hématocèle rétro ou anté-utérine : la ponction exploratrice permet de faire le diagnostic; 2° hémorragie non circonscrite dans la cavité péritonéale; le diagnostic est alors plus difficile : comme phénomènes objectifs on a alors l'anémie brusque, un état analogue au shock et du météorisme intestinal; 3° mais le diagnostic est surtout difficile dans le cas de grossesse tubaire interrompue sans hémorragie; la confusion avec des lésions des annexes est très facile.

Il y a quelques années, on était enclin à opérer dans tous les cas de rupture de grossesse tubaire. Actuellement, on réserve l'opération seulement pour les cas d'anémie aiguë. On peut opérer même des malades sans pouls, si elles respirent encore. Dans les cas de l'auteur, les indications à l'opération étaient : anémie aiguë dix fois, hémorragie répétée dix fois, septicémie péritonéale et annexite de trois à huit fois. Sur les quarante-six cas opérés il y avait neuf ruptures tubaires et trente-deux avortements tubaires. Dans quarante de ces cas on a pratiqué la laparotomie, procédé que Dobbert préfère, et dans les six autres cas la colpotomie postérieure. Résultats de l'opération : mortalité 10,8 %.

Mme El.

M. Francis D. Donoghue. — **Traitement de la grossesse extra-utérine.** — (*Annales of Gynecology and Pediatry, novembre* 1901.)

L'auteur reconnait avec Kelly que la grossesse extra-utérine peut provenir à la suite de causes générales et de causes particulières. Parmi les causes générales, il faut citer toutes celles qui, en agissant extérieurement par compression, ou en formant un obstacle à l'intérieur de la trompe, tendent à diminuer où à oblitérer la lumière de ce conduit.

De plus, il faut ajouter à ces causes, toutes les affections propres des trompes de Fallope. Parmi les causes particulières, M. Donoghue, signale : *a*) l'atrésie de la trompe avec migration externe de l'œuf fécondé ou des spermatozoïdes du côté opposé; *b*) la persistance du type fœtal dans une trompe utérine (Freund); *c*) l'existence de diverticules dans la lumière de la trompe (Landau et Williams); *d*) la torsion de la trompe; *e*) la salpingite catarrhale ou purulente (Tait); *f*) le fibrome de l'utérus (Leopold); *g*) la formation d'adhérences ou de bandes péritonéales comprimant la trompe (Voir Schrenck); *h*) l'apparition de fistules cervico-abdominales après hystérectomie; *i*) enfin, la rétroflexion de l'utérus.

L'auteur approuve les conclusions de M. Glitsch, à savoir qu'il n'y a pas de cause unique de grossesse extra-utérine, et qu'en général, il faut

tenir compte chez la malade de prédispositions héréditaires ou acquises. M. Glitsch, d'après une analyse de 45 cas, trouve que les causes les plus communes de la grossesse tubaire sont d'ordre inflammatoire, ou mieux infectieux, dues à une action bactérienne, tuberculeuse, puerpérale ou gonoccocique. De tous ces micro-organismes, le gonoccoque de Neisser est celui qui est incriminé le plus souvent.

M. Donoghue fait remarquer qu'on diagnostique assez rarement un cas de grossesse extra-utérine, avant qu'il y ait eu rupture du sac tubaire, et note que, de tous les symptômes observés dans l'étude de cette affection, *un seul* a une importance capitale, c'est la *douleur*. La douleur commence à apparaître entre le premier et le deuxième mois de la grossesse et persiste jusqu'à ce qu'éclate la rupture ou l'avortement tubaire.

L'auteur n'insiste pas d'avantage sur les autres signes de la grossesse extra-utérine et admet, avec M. Routh, que le diagnostic est confirmé quand on a constaté dans la métrorrhagie des lambeaux de caduque.

La grossesse extra-utérine aboutit à l'avortement tubaire, qui généralement survient entre la quatrième et huitième semaine, ou à la rupture du sac de gestation qui se fait entre la huitième ou douzième semaine. Avec M. Skene, l'auteur reconnaît trois périodes à l'hématocèle pelvienne; 1) la période d'hémorragie; 2) la période d'inflammation; 3) et la période de suppuration.

Dans ces cas, le meilleur traitement est l'incision vaginale, avec grand lavage et drainage de la cavité. La laparotomie ne doit être faite que lorsque l'hémorragie persiste et que la ligature de quelque artère est nécessaire.

M. Donoghue conseille d'agir le plus promptement possible, dès que le diagnostic de rupture de grossesse tubaire est porté, et dans les cas où l'intervention a pu avoir lieu avant qu'il y ait eu rupture, il fait l'extirpation du sac de gestation. Enfin, dans les cas, très rares, de grossesse extra-utérine, où le cœur du fœtus peut être entendu, l'auteur recommande de rejeter l'intervention jusqu'à la quarante-quatrième ou quarante-cinquième semaine; afin de pouvoir, s'il est possible, mettre au jour un enfant viable.

M. Donoghue termine son étude sur la grossesse extra-utérine, en rapportant deux observations de grossesse extra-utérine qu'il traita avec succès. Dans l'un de ces cas, il se contenta de vider tout le sang répandu dans la cavité abdominale, et, dans l'autre, après évacuation de l'hématocèle, il dut faire l'extirpation de la trompe gauche.

L. S.

M. J.-W. ELLIOT. — **De la conduite à tenir dans les cas critiques de grossesse extra-utérine rompue, avec présentation d'un cas de grossesse intra et extra-utérine.** — (*Medical Record*, 22 *février* 1902.)

M. Elliot eut l'occasion d'intervenir dans vingt cas de grossesse extra-utérine rompue, et, dans chaque cas, put obtenir la guérison absolue. Il fait remarquer combien l'opération est hasardeuse, lorsqu'elle est faite sur des malades exsangues, en état de faiblesse extrême, et pense que dans le plus grand nombre des cas, la mort est due à un état de collapsus plus ou moins avancé. L'auteur rappelle que, dans une statistique de 75 cas de grossesse extra-utérine, établie il y cinq ans, la mortalité après

l'opération était de 4%. Plus récemment, dans un rapport qui enregistre les résultats des opérations chirurgicales pour grossesse ectopique, on note six morts. Ces morts furent causées, dans le premier cas, par un état extrême de faiblesse qui dura quatre jours; dans le second cas, par le collapsus et par l'hémorragie ayant persisté pendant 5 jours ; dans le troisième et le quatrième cas, par le shock et par l'hémorragie ; dans le cinquième cas, par le shock seul ; et dans le sixième cas, par l'hémorragie qui continua durant trois jours.

M. Elliot croit qu'il est sage de n'intervenir que lorsque la malade n'est plus en état de syncope, et conseille d'opérer le plus rapidement possible, en évitant les manipulations trop fréquentes à l'intérieur de la cavité abdominale. Le lavage de cette cavité et le drainage ne lui ont jamais paru nécessaires.

L'observation suivante est un cas de grossesse combinée intra et extra-utérine.

La malade est une femme de 34 ans qui, en 1890, fut opérée à droite pour un kyste du ligament large. En 1895, elle subit un curettage et, en 1896, fut enceinte. Jusqu'au mois de décembre 1900, elle fut régulièrement réglée, mais, à cette date, de violentes douleurs survinrent subitement, dans tout l'abdomen, et une hémorragie très abondante se déclara. Ces douleurs et ces métrorrhagies persistèrent, accompagnées de lambeaux de membranes qui furent examinées et reconnues comme étant des villosités chorioniques. On fit un curettage, et pendant quelques jours, la malade se sentit mieux. Mais deux semaines après, les douleurs se réveillèrent plus aiguës, la température s'éleva, le pouls devint rapide, et l'abdomen parut gonflé et tympanique. On diagnostiqua une rupture de grossesse extra-utérine gauche, et l'opération fut pratiquée. La trompe, qui mesurait 8 centimètres de longueur, était considérablement dilatée, et remplie de sang ayant infiltré toutes ses parois. On découvrit un embryon de 3 centimètres de longueur, complètement macéré, mais avec une ossification des côtes et du crâne très nettement marquée. Il semblait, par l'existence de quelques villosités chorioniques adhérentes encore à l'embryon, qu'il y avait eu à la fois grossesse intra et extra-utérine. M. Elliot admet ce diagnostic et, d'après plusieurs de ses recherches, trouve que jusqu'à ce jour, 70 cas de grossesse combinée intra et extra-utérine ont été publiés. Il rappelle qu'au mois d'octobre dernier, M. Boyd dans le « British Medical Journal » a rapporté une observation de grossesse intra et extra-utérine. L'utérus était hypertrophié et ramolli, et toute la poche de Douglas comblée par une énorme masse. A l'opération, on trouva la trompe droite, grosse comme une orange, avec des villosités chorioniques à l'intérieur. Quelque temps après, la malade mettait au monde un enfant bien portant.

L. S.

DELASSUS. — **De la conduite à tenir dans les cas de grossesse extra-utérine rompue.** — (*Journal des sciences médicales de Lille, 1er février* 1902.)

M. Delassus est d'avis que dans les cas de grossesse extra-utérine rompue, ayant provoqué une hématocèle rétro-utérine, limitée à la

cavité pelvienne et devenue enkystée, il faut agir le plus tôt possible, par la voie abdominale, et lier le vaisseau qui saigne.

M. Voituriez raconte qu'il y a cinq ou six mois, il eut à traiter une hématocèle rétro-utérine, qui semblait indiquer la ponction vaginale. Celle-ci fut pratiquée, et donna issue à des caillots noirâtres, déjà anciens. L'hémorragie se reproduisit, et on dut, le lendemain, pratiquer la laparotomie. Guérison. Dans un autre cas d'hématocèle remontant jusqu'à l'ombilic, l'auteur obtint la guérison simplement par la ponction vaginale.

M. Faucon partage l'opinion de M. Delassus et préfère la voie abdominale dans tous les cas de gomme extra-utérine rompue.

PÉRITOINE — ABDOMEN

A.-F. Mousaliov. — **Kystes des ligaments larges.** — (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1901.)

Les plus fréquents sont les kystes para-ovariques. Les kystes interligamenteux se développent le plus souvent dans la période d'activité génitale. Ordinairement, ces kystes, essentiellement différents les uns des autres par leur origine, sont réunis par les auteurs en un seul groupe à cause de l'analogie presque complète de leur symptomatologie, quel que soit leur point de départ. Ces kystes interligamenteux ont quelquefois une tendance à s'accroître dans la direction de la région sous-péritonéale; dans ces cas, ils acquièrent souvent des adhérences avec des organes voisins et créent ainsi des rapports anatomiques parfois très compliqués.

Quant aux divers procédés d'intervention, il faut citer en premier lieu l'extirpation classique avec ligature du pédicule si ce dernier existe. En cas contraire, l'énucléation complète est le procédé de choix. Si cette opération est, pour une cause quelconque, absolument impossible, on aura recours à la résection partielle des parois du kyste avec formation de pédicule laissé dans la cavité péritonéale (procédé intrapéritonéal) ou amené au dehors (procédé extrapéritonéal). La ponction du kyste ne peut pas être considérée comme un procédé radical; elle ne sera employée que comme moyen palliatif, quand aucune autre intervention radicale ne peut être entreprise.

Mme El.

Delettrez (Bruxelles). — **Fibrome du ligament large.** — (*La Clinique, janvier* 1902.)

Les fibromes primitifs du ligament large, c'est-à-dire formés aux dépens du tissu musculaire propre de cet organe, sont excessivement rares et c'est à ce titre que l'auteur publie l'observation ci-jointe.

Dans une thèse publiée en 1891-1892, sous le titre de *Tumeurs solides primitives du ligament large*, Lang, qui a recueilli tous les cas de cette espèce, n'en cite que trente-neuf, et, dans ce nombre, les fibromes du ligament large nettement pédiculés sont peu nombreux; Gross et Vautry ont publié depuis deux observations personnelles.

L'origine de ces tumeurs a été longuement contestée : la plupart des anatomo-pathologistes les considéraient comme des néoplasmes de

l'utérus émigrés dans le ligament. Plus tard, l'origine primitive dans le ligament large fut admise pour des tumeurs de petit volume seulement; d'autres croyaient que ces tumeurs prenaient naissance dans un fragment de tissu ovarien ou ovaire accessoire résultant d'une anomalie de l'organe.

C'est à Virchow que l'on doit la démonstration des fibromes du ligament large et actuellement les observations publiées et celle que l'auteur relate aujourd'hui, confirment cette opinion.

Observation résumée. — E..., 42 ans, célibataire; menstruation établie à 14 ans, toujours très régulière, parfois très douloureuse et très abondante; leucorrhée habituelle.

Depuis trois mois la malade s'est aperçue de l'augmentation du volume du ventre; douleurs dans le flanc droit et la jambe droite; constipation opiniâtre, miction très difficile, mais urines normales; la dernière menstruation du 8 décembre 1901.

Le palper fait découvrir une tumeur dure, peu mobile, assez volumineuse, régulière, située à droite de la ligne médiane et remontant à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic.

Au toucher, le cul-de-sac latéral droit est rempli par une tumeur refoulant en arrière et à gauche le col utérin très petit; les mouvements imprimés à la tumeur ne semblent pas se communiquer à l'utérus.

Laparotomie le 17 décembre : extirpation d'une tumeur fibreuse du poids de 2.500 grammes, dont le pédicule se trouve près du bord droit de l'utérus, au point où le ligament large se dédouble pour recouvrir les faces antérieure et postérieure de l'utérus; l'ovaire droit, atrophié, est accolé à la partie antérieure du fibrome; l'utérus est normal; l'ovaire gauche est atteint d'une tumeur kystique multiloculaire dont on pratique l'extirpation; rien de particulier dans les suites opératoires.

M. V. PAUCHET (d'Amiens). — **De l'hématocèle rétro-utérine et de son traitement.** — (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 10 *février* 1902.)

L'auteur rappelle que la grossesse tubaire peut évoluer jusqu'à son terme et permettre d'extraire par la laparotomie un enfant vivant. Mais le plus souvent, la grossesse est interrompue soit par hémorragie intertubo-placentaire (hématosalpinx), soit par rupture intra-péritonéale.

Or, quand il y a rupture, il y a hématocèle, et, suivant que l'hémorragie est limitée ou non, on note *une petite hématocèle* ou *une grande hématocèle*. Enfin, dans les cas où, au lieu de s'arrêter, l'hémorragie persiste, causant des accidents très graves, on a l'*inondation péritonéale aiguë*.

M. Pauchet fait l'étude clinique de ces différentes variétés d'hématocèle, et fait remarquer que, si la résorption peut s'opérer spontanément, la suppuration ou l'ouverture spontanée dans le rectum sont beaucoup plus fréquentes. Or, la suppuration s'annonce par une élévation de température, de la diarrhée, des selles glaireuses. L'examen du sang peut faire prévoir cette complication grâce à la *leucocytose polynucléaire*.



A propos du diagnostic, l'auteur fait deux distinctions : 1° l'*inondation péritonéale* (hémorragie encore diffuse) devra être différenciée d'une occlusion intestinale, d'une appendicite, d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, d'une crise de cholécystite ou de colique néphrétique; 2° l'*hématocèle* (hémorragie ou kyste) ne devra pas être confondue avec une pelvi-péritonite consécutive à une annexite, avec un fibrome, avec une tumeur ovarique ou avec une grossesse développée dans un utérus rétrofléchi.

Enfin, pour ce qui concerne le traitement, M. Pauchet dit qu'on opérera par la voie vaginale (colpotomie ou hystérectomie), les hématocèles suppurées et rien que les hématocèles suppurées. Tous les autres cas seront opérés par la voie abdominale d'emblée. L'auteur termine en mettant en relief les dangers ou inconvénients que présente la voie vaginale, c'est-à-dire, l'infection, l'hémorragie, et la nécessité fréquente de la castration totale primitive ou secondaire à une colpotomie.

BOURSIER. — **Eviscération post-opératoire consécutive à une hystérectomie pour fibrome.** — (*Journal de médecine de Bordeaux, 2 février* 1902.)

L'auteur dit avoir opéré une femme de 49 ans, pour fibrome utérin, par l'hystérectomie abdominale totale. Suture de la paroi à trois plans. Réunion complète. Enlèvement des fils au treizième jour. Pas d'abcès de la paroi, pas de suites opératoires.

Le quinzième jour, la malade s'assoit sur son lit, est prise d'une quinte de toux, perçoit une légère douleur; sa paroi venait de céder et 80 centimètres d'intestin étaient chassés sous son bandage de corps.

Presque immédiatement, l'auteur intervint, et après toilette minutieuse de cet intestin, en fit la réintégration dans la cavité abdominale et referma le ventre. La malade est aujourd'hui guérie.

M. Boursier constata que la peau seule s'était réunie et que les deux tranches péritonéo-musculo-aponévrotiques constituant les plans profonds ne présentaient aucune trace de travail de réparation. Cette disposition a été déjà signalée, et l'auteur ajoute à cette remarque l'importance de la tare de l'état général; cette femme était une basedowienne. La suture nouvelle de cette paroi ne fut pas facile à obtenir. M. Boursier dut, pour triompher de l'écartement des bords de la plaie et de leur grande friabilité, placer deux points profonds et appuyer ses doigts sous une épaisseur de tissu un peu plus grande qu'à l'habitude.

H. MACNAUGHTON-JONES. — **Grosse hernie consécutive à plusieurs cœliotomies. Opération.** — (*Brit. Gyn. J., novembre* 1901.)

Hernie post-opératoire très volumineuse, tombant au-devant du pubis, revêtue seulement d'une simple couche cutanée. L'intervalle entre les muscles droits était de plusieurs pouces. L'intestin paraissait être adhérent en partie à la paroi abdominale.

Laparotomie : décortication des adhérences de l'intestin à la paroi, après dissection de la peau, de part et d'autre de l'incision médiane, sur une étendue de 6 centimètres. On refoule l'épiploon et l'intestin

dans l'abdomen avec des compresses imbibées d'une solution chaude de formaline.

L'auteur procéda alors à la suture de la façon suivante :

Avec deux aiguilles à ovariotomie, portant un fil d'argent, double surjet à travers la gaine et le bord interne de chaque muscle droit. Puis, fermeture des deux extrémités de la plaie par deux autres sutures simples, à fil d'argent plus fort. Enfin, rapprochement du muscle droit et de la partie profonde de sa gaine avec le péritoine sous-jacent.

L'auteur coupait ras les fils de son double surjet et laissait, enfouis dans les muscles droits, les bouts de ces fils. Il terminait par une dernière suture de deux petits lambeaux du fascia aponévrotique, recouvrant l'incision sur toute sa longueur. Guérison.

PHYSIOLOGIE — ÉTAT GÉNÉRAL

A. THEILHABER (München). — **La nature de la dysménorrhée.** — (*Centralb. für Gynäk*, 18 *janvier* 1902, *n°* 3.)

Les auteurs sont d'accord sur l'existence d'une dysménorrhée par anomalie anatomique, par périmétrite. L'accord cesse quand il s'agit de la dysménorrhée dite essentielle. Selon l'auteur, celle-ci serait due à une contraction tétanique des fibres musculaires auxiliaires qui se trouvent au niveau de l'orifice interne, de même qu'on observe des spasmes et des crampes au niveau des sphincters d'autres organes (œsophage, pylore, intestin, rectum, etc...). Selon Menge, il s'agirait, au au contraire, de contractions périodiques des fibres longitudinales de l'utérus, devenant douloureuses chez des hystériques et des neurasthéniques.

Contre la théorie de Menge, l'auteur oppose ce fait que les contractions musculaires normales ne sont jamais douloureuses chez les nerveuses, qu'il s'agisse de fibres lisses ou de fibres striées.

Comment expliquer d'ailleurs que cette hyperesthésie utérine disparaît le plus souvent après un premier accouchement à terme? On ne saurait prétendre qu'alors le sang s'écoule plus facilement, car le sang liquide s'écoule toujours sans coliques, et il est rare de trouver des caillots dans le sang des règles chez les dysménorrhéiques. Les coliques menstruelles précèdent souvent de plusieurs heures les règles, alors qu'il n'y a pas de trace de sang dans l'utérus, et c'est quand le sang s'écoule le plus abondamment, au 2e et 3e jour des règles, que les douleurs sont les moindres.

On s'explique, au contraire, aisément que la dilatation du sphincter de l'orifice interne produite par l'accouchement à terme entraîne la guérison de la dysménorrhée; nous avons d'autres exemples de ce mécanisme dans le traitement du vaginisme, du ténesme rectal, etc., par la dilatation.

Enfin il n'y a pas de ressemblance entre la douleur continue de la dysménorrhée et les douleurs nettement intermittentes produites par la contraction des fibres musculaires longitudinales de l'utérus pendant le travail.

Aussi l'auteur conseille-t-il, pour trancher la question, de traiter la

dysménorrhée essentielle par la résection du sphincter de l'orifice utérin.

M. B.

R. Bailleau. — **Des tachycardies de la ménopause**. — (*Th. de Paris*, 1901.)

Les accidents cardiaques de la ménopause sont encore mal connus; si les palpitations, l'accélération des battements cardiaques étaient signalées par les anciens auteurs; du moins ceux-ci ne les rattachaient-ils pas à leur véritable cause, les attribuant soit à des lésions organiques préexistantes, soit à des affections nerveuses, l'hystérie principalement: c'est l'opinion soutenue par Barié et plus tard par Huchard. Stolz signale bien les troubles apportés par la ménopause à l'innervation cardiaque ; mais c'est Clément (de Lyon) qui, le premier, étudie avec précision les troubles cardiaques qui se présentent avec les mêmes caractères chez des sujets n'ayant qu'une particularité commune, la ménopause. Les faits peuvent se diviser en deux groupes: dans le premier groupe, on range les sujets présentant les symptômes fonctionnels d'une maladie grave du cœur, sans que rien ne la révèle à l'auscultation ; au second groupe appartiennent les malades porteurs d'une lésion valvulaire antérieure, mais restée latente jusque-là. S'agit-il dans le premier cas de désordres purement fonctionnels? M. Huchard ne le pense pas : pour lui, lorsque la ménopause s'établit d'une façon anormale, les femmes présentent de l'hypertension artérielle, cause incessante d'irritation de la membrane interne des vaisseaux, amenant à la longue son altération et constituant l'artério-sclérose: mais, comme le remarque Bailleau, avant que les lésions artérielles ne soient constituées, il s'agit de troubles purement fonctionnels, dont l'existence ne saurait dès lors être mise en doute. Huchard décrit six formes des affections cardiaques de la ménopause: 1° la forme *tachycardique* peut être fonctionnelle (hypertension artérielle) ou organique (lésion du cœur ou des vaisseaux) ; 2° la forme *artérielle* est organique (artério-sclérose) ; 3° l'hypertension artérielle peut *aggraver une cardiopathie préexistante* et jusque-là bien compensée ; 4° la *forme névrosique* est caractérisée par des troubles purement nerveux (hystérie ou neurasthénie): « c'est le nerf vague qui divague » ; 5° des troubles réflexes peuvent être sous la dépendance des lésions de l'utérus (*forme utérine*) ; 6° l'obésité généralisée, souvent observée au moment de la ménopause, s'étend au cœur (*forme adiposique*). Bailleau s'attache surtout aux troubles *purement fonctionnels* ; mais ceux-ci se divisent en deux groupes: les uns sont de nature réflexe, la ménopause aggravant des lésions de l'utérus qui retentissent directement sur le cœur ; les autres, et ce sont les seuls qu'il étudie, dépendent directement de la ménopause, en dehors de toute lésion d'un autre organe : ils sont sous la dépendance de la *suppression de la fonction ovarienne*.

Vers le début de la ménopause, apparaissent des accès de palpitations. Les palpitations deviennent de plus en plus fréquentes, se manifestant même la nuit et s'accompagnant d'une légère sensation d'angoisse. Les bouffées de chaleur, les éblouissements, les vertiges, les lypothymies, sont des symptômes associés fréquents, ainsi que l'essouf-

flement : les accès de dyspnée sont fréquents, surtout lorsque la malade est debout ou fait un effort ; cette dyspnée cardiaque ne se révèle par aucun trouble respiratoire, sinon une légère accélération du rythme. Les troubles vaso-moteurs prennent quelquefois une importance particulière (pâleur des téguments, sensation d'angoisse, sensation de froid au niveau des extrémités). On peut noter aussi une sensation de pesanteur à l'épigastre, et de l'œdème léger des membres inférieurs, considéré comme fréquent par Clément et comme très rare par Kirch.

Dans tous les cas, l'auscultation ne révèle rien, sinon une accélération notable des battements cardiaques, dont le rythme reste normal; il n'y a pas d'hypertrophie du cœur; quant au pouls, il est faible et inégal pour Clément (hypotension), fort et régulier pour Kirch (hypertension).

Les accès ont une intensité et une durée variables (quelques minutes à un quart d'heure) ; ils sont irréguliers dans leur mode d'apparition et deviennent d'autant plus fréquents que la maladie se prolonge. D'ailleurs, avec le temps ou sous l'influence du traitement, l'amélioration se manifeste, la durée totale de l'affection variant de quelques somaines à plusieurs mois.

Le pronostic est toujours bénin, sauf les cas signalés par Huchard, où l'hypertension, cause des accidents, n'est que la première manifestation de l'artério-sclérose.

Peut-être doit on rattacher aux tachycardies de la ménopause les formes frustes du goitre exophtalmique (Zalzal). Dalché pense que la ménopause peut, à elle seule, créer le syndrome de Graves-Basedow, opinion d'autant plus acceptable que l'on connaît mieux les relations entre les troubles ovariens et les affections du corps thyroïde (Galliard, Odeyé, Jayle, Moreau).

Le diagnostic de la véritable nature des tachycardies de la ménopause peut être délicat : il importe d'éliminer, par un examen attentif, les tachycardies par lésion organique du cœur, par réflexe viscéral, par névrose ; et l'on arrive par exclusion à la seule cause possible, la ménopause.

Cela posé, quel est le mécanisme de la tachycardie dans ces cas, quelle en est la pathogénie?

Si l'on admet qu'un seul facteur étiologique existe ici, la ménopause, on peut conclure facilement que les troubles observés dépendent des modifications de la fonction ovarienne.

Or, l'ovaire doit être considéré :

1° Comme une glande à sécrétion externe dont l'ovule est le résultat, la ponte de l'ovule se traduisant par des hémorragies, les règles ; la suppression de l'écoulement du sang peut déterminer dans l'organisme une véritable surcharge ; la *pléthore sanguine* est peut-être dans certains cas la seule cause des accidents.

2° L'ovaire est chargé d'éliminer, par les menstrues qui sont en rapport direct avec l'ovulation, des produits toxiques (Andral et Gavarret, Robin et Binet, Keller, Spillmann et Étienne).

3° L'ovaire est une glande à sécrétion interne, sécrétant un produit encore peu connu et utile à l'organisme (Brown-Séquard, Fedoroff, Curatulo et Torulli, Jayle, A. Gautier).

On conçoit que la suppression de la fonction ovarienne détermine des

troubles plus ou moins graves (rétention de produits toxiques, et disparition d'une sécrétion utile à l'organisme). La tachycardie peut relever de l'excitation du grand sympathique agissant soit sur les artères (spasmes des artères entrainant l'hypertension : Huchard), soit directement sur le cœur (Clément). Pour Bailleau, il s'agit non d'une action réflexe, mais d'une intoxication dont la cause serait dans l'*insuffisance ovarienne*, et cette action toxique semble se porter de préférence sur le grand sympathique : l'insuffisance ovarienne est donc la cause de l'excitation du système nerveux que Clément avait bien étudiée, mais sans en rechercher le mécanisme. Cette opinion est en rapport avec les bons effets de l'opothérapie ovarienne dans les tachycardies de la ménopause.

Si, en effet, dans le traitement de ces troubles, on doit tenir un certain compte de l'élément fluxionnaire et combattre la pléthore par des purgatifs légers, des émissions sanguines, des bains de siège, des bains de pied sinapisés, etc. ; si, lorsque l'hypertension est manifeste, l'opium et le bromure donnent de bons résultats comme l'a bien montré Huchard ; et si, dans l'intervalle des crises, l'hydrothérapie combat efficacement l'hyperexcitabilité nerveuse, il n'en est pas moins vrai qu'à l'origine des accidents on trouve l'insuffisance ovarienne, et que, par suite, l'opothérapie ovarienne trouve ici sa place naturelle (Jayle, Muret, Dalché). On peut prescrire l'ovaire cru en ingestion, le liquide ovarique en injections sous-cutanées, ou l'ovarine en cachets ou en tablettes : on préférera cette dernière préparation (0 gr. 20 centigrammes à 0 gr. 40 centigrammes chaque jour, à prendre en deux fois).

THÉRAPEUTIQUE — CHIRURGIE — GYNÉCOLOGIE

L. Bramson (de Copenhague). — **Traitement du cancer inopérable de l'utérus et du vagin par les pulvérisations de chlorure d'éthyle.** — (*Arch. de Méd. et de chir. spéc*, *déc.* 1901.)

Au VI[e] Congrès des chirurgiens scandinaves (Copenhague, 29-31 août 1901), le professeur Howitz a fait une communication sur le traitement du cancer par les pulvérisations de chlorure d'éthyle.

Le professeur Howitz a tenu à préciser, qu'il ne préconisait ce traitement que sous réserve des expériences ultérieures, mais qu'il croyait devoir communiquer les résultats favorables que ce traitement lui avait donnés, afin d'engager les confrères à expérimenter cette méthode sur une grande échelle.

Actuellement, M. Howitz n'a appliqué cette méthode qu'au traitement du cancer inopérable de l'utérus et du vagin, dans tous les cas où toutes les autres méthodes de traitement qu'il avait essayées auparavant : terpène, galvanocautère, vapeurs chaudes, laparatomie, etc., avaient échoué.

Le traitement ne présente pas le moindre danger et tout praticien est à même de l'employer.

Voici en quelques mots le *modus faciendi* : après raclage du tissu cancéreux, on fait un tamponnement avec de la gaze, et, quelques jours

après, on pratique une pulvérisation d'*anesthyle*, après avoir préalablement irrigué et desséché la partie atteinte par le cancer.

L'auteur s'est servi d'abord, pour les pulvérisations, de chlorure d'éthyle, puis il a remplacé ce dernier par l'*anesthyle*.

Chaque pulvérisation doit avoir une durée de une, deux, cinq minutes, c'est-à-dire, doit être prolongée pendant le temps nécessaire pour que la partie raclée blanchisse plusieurs fois. On dessèche de nouveau et la séance est finie. En même temps les malades sont suralimentés.

Au début le traitement a lieu tous les trois jours; puis à des intervalles plus grands.

En dehors de son action curative, l'*anesthyle* peut encore servir comme un bon moyen de reconnaître l'étendue du cancer.

Le professeur Howitz a observé, en effet, que, sous l'action de l'*anesthyle*, les tissus normaux blanchissaient presque instantanément, tandis que les parties envahies par le cancer, avant le raclage, ne pâlissaient que très lentement. Après le raclage du tissu cancéreux, la partie raclée blanchit de même plus lentement que le tissu normal. Une congélation rapide peut donc être considérée comme un bon signe.

Au début du traitement, la suppuration est assez abondante, mais elle diffère toujours de la suppuration cancéreuse que tout le monde connaît.

Au bout d'un certain temps on peut constater la formation de granulations volumineuses, de couleur rouge pâle, revêtues d'un épithélium normal.

L'auteur a aussi constaté que l'utérus, qui auparavant était très peu mobile, redevenait très mobile au bout d'un certain temps de traitement. La raison n'en était pas tout à fait évidente; très probablement, la cause de cette mobilité résidait dans la disparition de l'infiltration inflammatoire.

Cette disposition de l'infiltration peut avoir quelque valeur lorsqu'on pose la question de l'extirpation totale; elle peut en effet être d'un bon pronostic pour le résultat opératoire. On a observé aussi que le flux menstruel devenait presque normal après le traitement.

Si tout va bien, les malades engraissent; si leur poids reste stationnaire, on peut en conclure qu'il reste encore des parties cancéreuses ou des métastases. Le traitement exige beaucoup de patience de la part du chirurgien : très souvent il est nécessaire de racler et de congeler de nouvelles formations cancéreuses.

Le professeur Howitz considère ses expériences — peu nombreuses, il est vrai — comme très encourageantes. Il ne se fait pourtant pas d'illusions et ne croit pas qu'on puisse arriver à guérir, par ce traitement, d'anciens cancers, arrivés à la dernière phase de leur évolution.

Tout au plus, pourrait-on rendre à de pareilles malades l'existence plus supportable et prolonger leur vie.

M.-I. Novikov. — **Vapeurs saturées dans le traitement des affections utérines.** — (*Société d'Obstétr. et de Gynéc. de Saint-Pétersb., séance du* 20 *décembre* 1901.)

Ce mode de traitement a été proposé par le professeur Sneghiriov après une pratique hospitalière de longue durée. C'est surtout en Alle-

magne que ce procédé s'est rapidement répandu et où toute une série de travaux a paru à ce sujet. Telles sont les communications de Dührssen, de Flatau, de Schlutius, de Gerich, de Pitha, de Steinbüchel, etc. Pincus s'est même approprié ce procédé auquel il a donné le nom d'*atmokausis*. Parmi les auteurs d'autres pays qui ont recours à ce procédé il faut citer Brokers, Staplers, Ioersen, Simpson, Horkoll et en Russie Fenomenov, Kone et Olénine, sans compter les travaux des élèves de Snieghiriov. Il existe aussi un travail expérimental à ce sujet, celui d'Abramovitsh, fait à l'Institut impérial de médecine expérimentale.

Dans ce mode de traitement, ce sont les vapeurs elles-mêmes qui agissent immédiatement et non pas l'eau sous pression; on utilise les vapeurs saturées et non pas surchauffées. Ces vapeurs transmettent leur chaleur latente aux tissus et au sang; les albuminoïdes du sang se coagulent, les tissus subissent la cuisson. Les vapeurs agissent d'autant plus rapidement et plus efficacement, que la pression et partant la densité est plus grande. L'élévation de la température des vapeurs avec les hautes pressions ne joue qu'un rôle peu important.

Pour lutter contre la force vive de l'écoulement du jet qui déchire les tissus et provoque des thrombus, il faut faire usage d'une canule spéciale de Snieghiriov, en forme de scie.

Dans les métrorrhagies, l'insuccès peut être dû à ce que la cavité utérine est remplie de sang qui se coagule immédiatement et empêche la cuisson des tissus des parois utérines, ou bien à ce que la réserve des vapeurs dans l'alambic n'est pas suffisante. Il vaut mieux ne pas endormir la malade. On pratiquera d'abord la dilatation du col; la malade gardera le repos au lit. Le vagin sera préservé des brûlures à l'aide de spéculums en bois ou par l'irrigation continue d'eau froide; le col sera préservé par un tube en gutta-percha. La meilleure canule est celle qui ne présente pas d'orifice central et qui n'est munie que d'orifices latéraux.

Avant de commencer le traitement, il faut vider l'utérus de sang ou de débris placentaires si le cas se présente. Pour une cautérisation superficielle, la vapeur sous pression d'une atmosphère ou d'une atmosphère et demie suffit pendant une demi-minute. Pour la cautérisation profonde, il faut une minute de durée ou une pression de deux atmosphères. S'il y a atrésie de la cavité utérine, la cautérisation doit durer deux minutes sous une pression de deux atmosphères.

Il ne faut pas buter avec la canule contre le fond ou les parois de l'utérus, car le sang coagulé et les tissus modifiés obturent parfois les orifices de la canule; on la retire alors pour la nettoyer et on l'introduit de nouveau. Le drainage et le lavage de l'utérus sont superflus.

Le procédé de Snieghiriov ne présente aucun danger. Comme contre-indications, il faut citer les paramétrites et les annexites suppurées, si la vie de la malade est en danger. Les indications en gynécologie sont : les endométrites, les avortements, les métrorrhagies chez les hémophiles (surtout) dans le cancer, les fibromes de l'utérus, les métrorrhagies de la ménopause et les cas où l'on veut obtenir l'oblitération de la cavité utérine. Mais c'est surtout dans les métrorrhagies *post-partum*, par suite d'inertie utérine, que le procédé trouve son indication.

Mme EL.

M. Joseph Brettauer. — **Le rôle plastique de l'utérus dans les opérations pour cystocèle.** — (*The New-York Medical Journal, 11 janvier* 1902.)

L'auteur rappelle le mécanisme des prolapsus de l'utérus, de fréquence très grande après les accouchements répétés, et fait remarquer que dans tous les cas de prolapsus, accompagnés de cystocèle, il faut faire, à la fois, et la reconsolidation du plancher périnéal et la fixation, après redressement, des parois vaginales.

Le plus grand nombre des opérations pour cystocèle nécessite, après une incision de forme variée, la dissection des parois du vagin, sur une plus ou moins grande étendue, et le rapprochement des lambeaux disséqués par plusieurs points de suture. La colpo-périnéorraphie complète d'ordinaire l'opération.

M. Brettauer a remarqué que les résultats consécutifs à ces opérations ne sont pas toujours très satisfaisants, et que la récidive du prolapsus vaginal survient assez fréquemment.

Il y a cinq ans, W.-A. Freund conseilla, dans le traitement du prolapsus vaginal, de fixer à un lambeau taillé largement sur la face postérieure de la vessie le corps de l'utérus, après en avoir fait basculer le fond dans le cul-de-sac de Douglas.

Deux années après, Wertheim, s'inspirant de l'idée de Freund, publia deux observations où, après avoir fait basculer l'utérus, non plus en arrière, mais en avant, fixa cet organe, à travers une incision faite dans le cul-de-sac vésico-utérin, à la paroi antérieure du vagin.

Le but de cette opération est d'amener l'utérus à la paroi antérieure du vagin, et d'en fixer le fond en un point situé, aussi prés que possible, de l'orifice externe de l'urèthre. Pour ainsi dire, l'utérus agit comme un bandage, et fixé dans cette nouvelle position par les ligaments larges et les ligaments sacro-utérins, évite la compression de la vessie sur la paroi antérieure du vagin.

M. Brettaner utilisa le procédé de Wertheim en trois occasions.

Dans un premier cas, chez une femme de 56 ans, qui avait eu trois enfants, aprés des accouchements difficiles, l'auteur ne réséqua pas les lambeaux disséqués à la paroi antérieure du vagin et se contenta de les rapprocher par une suture continue. Il compléta l'opération par une colpo-périnéorrhaphie. Dans les deux autres cas, il fit la résection des lambeaux sur une étendue d'un demi-centimètre et termina par une colpo-périnéorrhaphie. Deux semaines après l'opération, les malades purent quitter le lit et, revues quelques mois après par l'auteur, n'accusèrent aucun trouble. L'utérus était en antéversion extrême.

Deux de ces malades purent sans difficulté avoir des relations sexuelles.

M. Brettener fait remarquer que l'opération de Freund-Wertheim a l'avantage d'être effectuée en peu de temps, et sans grande perte de sang. Particulièrement, chez les femmes âgées, qui pour une raison ou pour une autre, ne peuvent rester longtemps sous l'anesthésie, cette opération est recommandable.

M. Miles F. Porter. — **De la conduite à tenir dans les cas de fibro-myome compliqué de gomme.** — (*Annales of Gynæcology and Pediatry, février* 1902.)

M. Porter publie un cas de fibro-myome utérin, compliqué de grossesse, chez une femme de 35 ans, et fit l'extirpation de la tumeur, tout en sauvegardant la vie de l'enfant. Le fibrome, qui était rattaché à l'utérus par un pédicule très large, mesurait 15 centimètres au moins, dans son plus grand diamètre, et pesait près de 5 kilogrammes. La femme fit un accouchement normal; mais jusqu'à cette date l'auteur redoutait une rupture de l'utérus. Homans dit, en effet, que cet accident a été constaté chez des femmes enceintes, porteuses de fibromes, et chez lesquelles on provoqua le travail. Watkins, de son côté, cite un cas de rupture de l'utérus, due à un état myomateux de cet organe, avec mort subite de la femme.

Quelquefois, à cause de la situation du fibrome qui, par compression sur les uretères ou sur la vessie, peut causer de la pyélonéphrite et, partant, la mort de la mère et de l'enfant, ainsi que M. Lee l'a rapporté dans un cas, il a paru nécessaire d'intervenir durant la période de grossesse. M. Porter ne se range pas à cette idée et ne conseille l'intervention pas plus dans ces cas que dans ceux où le fibrome pédiculé pend dans le vagin. Mais l'auteur est d'avis avec Mann, Crafford, Rossenvasser, que l'intervention est urgente toutes les fois qu'il est reconnu que le fibrome subit la transformation gangréneuse, et propose, dès le début du travail, l'opération césarienne, complétée par une hystérectomie ou une myomectomie.

Enfin M. Porter se demande s'il est permis, dans les cas de fibromyome coexistant avec une grossesse, de tenter l'avortement, et tout en reconnaissant qu'une grossesse ne peut arriver à terme tant qu'existe dans l'utérus quelque tumeur fibromateuse, pense qu'il n'y a lieu d'opérer que lorsque le fœtus a atteint sa période de viabilité.

Bref, l'auteur en faisant remarquer que la grossesse est une complication sérieuse et fréquente des fibro-myomes utérins, ne recommande l'opération, durant la gestation, que lorsque les tumeurs constituent par leur localisation et par leur volume, un danger à la vie de la mère.

L. S.

H. Macnaughton-Jones. — **Volumineux fibromes. Hystérectomie. Guérison.** — (*Brit. Gyn. J., novembre* 1901.)

Femme âgée de 50 ans, irrégulièrement réglée et n'ayant jamais souffert. Cette femme portait une tumeur énorme qui se développa rapidement dans l'espace de deux ans. Cette tumeur était libre de toute adhérence, reliée au ligament large par un gros pédicule et à l'utérus par quelques tractus isolés.

M. J. fit une hystérectomie supra-vaginale : il extirpa un fibro-myome de plus de 10 kilogrammes. Quelques points au catgut furent pratiqués sur la vessie qui avait été blessée. Guérison.

M. Mansell-Moullin fait remarquer, au sujet du cas de hernie rapporté par M. Macnaughton-Jones que, dans un cas semblable, il utiliserait le catgut de préférence au fil d'argent.

M. Fenwick considère le procédé de suture de M. Macnaughton-

Jones comme fort ingénieux, mais avoue aussi qu'il aurait plus confiance dans le catgut que dans le fil d'argent.

M. TRAVERS cite deux cas où, pendant deux ou trois mois, des fils d'argent restèrent dans la paroi abdominale, sans produire aucun accident. Dans un troisième cas, après extirpation d'un kyste, qui contenait 3 litres de liquide, il laissa les fils d'argent pendant cinq mois. M. Travers pense que dans l'observation de M. Macnaughton-Jones, c'était en effet le cas d'effectuer la suture avec ces fils.

M. HEYWOOD-SMITH fait remarquer que Marion Sims recommande les fils d'argent dans les opérations plastiques pratiquées sur le vagin, et trouve que ces fils provoquent moins d'irritation que le catgut.

M. RYALL, qui a assisté le Dr Macnaughton-Jones dans l'opération du cas de hernie, fait remarquer qu'à cause des adhérences de la peau avec le péritoine sous-jacent, la dissection du tégument fut très pénible.

M. HODGSON, à propos du troisième cas rapporté, avoue que cette tumeur fibreuse est, à sa connaissance, la plus grosse qui ait jamais été retirée de l'abdomen d'une femme, ayant survécu à l'opération.

BOLDT. — **Hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus.** — (*Soc. de Gyn. de New-York*, in *Med. Record*, 12 *janvier* 1902.)

Observations d'hystérectomie vaginale pour deux cas où le curettage explorateur avait ramené des fragments de muqueuse en voie de dégénérescence cancéreuse. Boldt fit usage des clamps : la première opération dura 4 minutes, la seconde 6 minutes. Les deux malades étaient respectivement de 50 et de 51 ans. Guérison opératoire complète.

Selon Boldt, quand l'état général est mauvais, l'emploi des clamps est préférable à celui des pinces, qui entraîne une beaucoup plus longue durée de l'opération. Le cathétérisme lui paraît inutile dans les suites opératoires, même pratiquées avec prudence : il expose à des accidents de cystite.

Après l'hystérectomie par le clamp, la convalescence est peut-être un peu plus plus longue et moins sûrement apyrétique, qu'après les ligatures : celle-ci cependant doit être réservée aux opérations qui n'offrent pas de trop grandes difficultés techniques.

BOLDT. — **Hystérectomie vaginale pour péritonite pelvienne récidivante.** — (*Soc. de Gyn. de New-York*, in *Med. Record*, 12 *janvier* 1902.)

Observation d'ablation totale de l'utérus chez une femme de 36 ans. Cette femme, malade depuis plus de cinq ans, avait des crises réitérées de péritonite aiguë. L'utérus était immobile et le bassin était rempli d'un exsudat, plus abondant sur les parties latérales de l'utérus. M. Boldt employa encore ici la méthode d'hystérectomie au moyen des « clamps », pensant que l'opération pratiquée avec des ligatures aurait rencontré des difficultés, sinon insurmontables, du moins très grandes. La guérison ne fut que partielle, car il resta encore un peu d'exsudat, et la femme, bien que très soulagée par l'opération, eut encore, par moments, des crises de douleurs assez vives.

L. S.

M. J.-B. Hellier. — **L'ovariotomie dans la grossesse.** — (*The Lancet*, 21 *décembre* 1901).

L'auteur mentionne trois cas d'ovariotomie faite, durant la grossesse, pour kystes de l'ovaire. Dans les trois cas, il y eut guérison, et les enfants vinrent à terme.

Aujourd'hui, dit l'auteur, l'ovariotomie est reconnue comme le meilleur mode de traitement pour tous les cas de grossesses compliquées de tumeurs ovariennes, et donne des résultats d'autant plus nombreux qu'elle a été faite de meilleure heure. On ne note seulement l'avortement que dans 1/5 des cas, et les meilleurs résultats sont remarqués dans les cas de grossesse datant de 3 à 4 mois. L'ovariotomie double a, elle aussi, abouti, parfois, à de bons effets.

L. S.

A. Eberline. — **Ovariotomie et grossesse.** — (*Medicinskoié Obazrenié*, *novembre* 1901).

D'après la statistique de M. Orbant (*Journ. d'Obstétr. et de Gynéc. de St-Pétersb.*, mai 1899), Heilberg a réuni 271 cas de grossesse compliquée de kyste de l'ovaire et a constaté qu'avec la méthode d'expectation, la mortalité est de 25 % pour la mère et de 66,6 % pour l'enfant. Dans 87 autres cas de même genre, où l'on est intervenu chirurgicalement pendant la grossesse, il y eut 3 cas de mort et 12,5 % d'interruption de grossesse.

Les cas d'ovariotomie au cours de la grossesse ne sont pas rares, toutefois chacun d'eux mérite d'être signalé; au point de vue pratique il est, en effet, de la plus haute importance de savoir quelle est la fréquence de l'interruption de la grossesse après ovariotomie, et chaque cas contribue à l'exactitude de la statistique. D'une façon générale, on a remarqué que les dangers d'avortement sont beaucoup moindres à la première moitié de la grossesse qu'à la seconde.

Dans le cas d'Eberline, il s'agissait d'une femme de 26 cas, tertigeste, entrée à l'hôpital pour une tumeur douloureuse du ventre. La malade s'est aperçue de cette tumeur il y a un an environ.

A l'examen on constata, en dehors de la tumeur, une grossesse normale de 3 mois 1/2 environ. La tumeur avait le volume d'un poing, était de forme ovalaire, de consistance ferme, mobile latéralement à gauche de l'utérus, près du fond de l'organe.

Elle semblait munie d'un pédicule très long et se déplaçait facilement et très loin à droite et en haut. Impossible de trouver par la palpation des rapports certains entre le pédicule de là tumeur et l'ovaire gauche; mais, étant donnés les contours de cette tumeur, la longueur du pédicule et le déplacement facile surtout à droite et en haut, tandis que la position naturelle de la tumeur était à gauche et en bas, on a rejeté le diagnostic de rein (gauche) mobile et on conclut à l'existence d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. En plus, étant donnée l'apparition des douleurs depuis quelque temps, on supposa une torsion du pédicule.

Cœliolaparotomie, en position de Trendelenburg. La tumeur du volume d'un gros poing avait, en effet, pour point de départ l'ovaire gauche; son pédicule court était tordu une fois autour de son axe. La

tumeur, composée de l'ovaire dégénéré et de la trompe gauche, fut coupée après ligature préalable du pédicule près de la cornée utérine gauche. Le moignon fut réduit dans le péritoine et la cavité péritonéale hermétiquement suturée. Il n'y avait pas d'adhérences entre la tumeur et les organes voisins.

L'opération fut menée aussi rapidement que possible afin d'éviter autant que faire se pourrait le traumatisme de l'utérus gravide. Toute l'opération n'a duré que 20 minutes, y compris la toilette et la suture des parois; l'opération proprement dite, depuis l'incision de la peau jusqu'à la suture de la plaie péritonéale, n'a duré que 4 à 5 minutes.

La tumeur enlevée était formée de deux kystes dont un à contenu transparent, liquide; l'autre renfermait une bouillie ressemblant à de la vaseline, avec des grumaux plus consistants et une petite quantité de cheveux.

Suites opératoires excellentes, réunion par première intention. La malade a bientôt commencé à sentir les mouvements du fœtus.

La grossesse a continué à évoluer sans complications, et la femme a accouché à terme d'un enfant absolument normal et bien portant.

En résumé, l'ovariotomie n'a pas amené l'interruption de la grossesse. Elle était absolument indiquée, étant donnée la torsion commençante du pédicule du kyste. Mais, d'après Eberline, même s'il n'y a pas de torsion du pédicule, l'ovariotomie est le seul procédé rationnel pour un kyste compliquant la grossesse, et plus tôt on intervient, mieux cela vaut.

Mme El.

KALABIN (J.). — **53 cas nouveaux de salpingites, de salpingo-oophorites et de oophorites traités par l'électricité.** — (*Ztschr. f. Electrother., Coblenz. u. Leipz.*, 1901.)

Le procédé d'application de l'électricité était celui d'Apostoli légèrement modifié par l'auteur (électrode-sonde vaginale de Kalabin). Les séances de galvanisation avaient lieu tous les deux jours : durée de chaque séance 7 à 15 minutes, force du courant 30 M : A. Une cure complète comprenait 15 à 30 séances. En même temps que l'électricité, l'auteur prescrivait aux malades des irrigations chaudes (35° à 37°) deux fois par jour, des injections vaginales antiseptiques, etc. Si, après une première cure complète, la maladie n'avait pas encore cédé complètement, elle était reprise dans les mêmes conditions après six mois d'intervalle. Les résultats du traitement, que l'auteur trouve excellents, sont les suivants :

1° Salpingites, 24 cas : 13 guérisons, 11 améliorations;
2° Salpingo-ovarites, 21 cas : 14 guérisons, 7 améliorations;
3° Oophorites, 8 cas : 5 guérisons, 3 améliorations.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VULVE ET VAGIN

Baudouin. — Hématocolpos total par **atrésie** de l'**hymen**. (Touraine méd., 15 janv. 1902.)

Morestin. — **Kyste** de la **petite lèvre**. (Soc. anat., 21 mars 1902, in Presse méd., 26 mars 1902.)

Dickinson. — **Hypertrophie** des **petites lèvres**. (N.-Y. Acad. of Méd. 27 fév. 1902, in Méd. Rec., 15 mars 1902.)

Briggs. — Nodules **vaginaux** dans le cas d'**adéno-carcinome du col**. (Nort of England, Obst. and Gyn. soc., 21 fév. 1902, in Brit. méd. Journ., 12 avril 1902.)

Cunéo et *Marcille*. — **Sympathiques** du rein et du **vagin**. (Soc. anat., 28 fév. 1902, in Presse méd., 5 mars 1902.)

Coudour. — Contribution à l'étude des **dystocies vaginales**, vagin borgne interne. (Thèse de Lyon, 1901.)

Vineberg. — **Carcinome** de la cavité **vaginale**. (N.-Y. Obst. soc., 14 janv. 1902, in Ann. of. gyn. and Ped., mars 1902.)

Chaleix-Vivie. — Quelques cas de **traumatismes graves** dus à la **défloration**. (Rev. int. de Méd. et de Chir., 10 avril 1902.)

Mucci. — Calcul vésical et **fistule vésico-vaginale**. (Soc. Gyn. de Naples, 16 fév. 1901, in Arch. ital. de Gin., 28 fév. 1902.)

Ricciardi. — Guérison spontanée d'une **fistule recto-vaginale**. (Soc. Gyn. de Naples, 16 fév. 1901, in Arch. ital. de Gin., 28 fév. 1902.)

UTÉRUS

Roorda Smit. — **Utérus infantile** et **hymen imperforé**. (Rev. del centro med. de Cordoha, 1er déc. 1901.)

Drucbert. — **Fibrome** de l'**utérus**. (Soc. cent. de Méd. du dép. du Nord, 14 fév. 1902, in Echo méd. du Nord, 23 fév. 1902.)

Boursier. — Des indications opératoires dans les **fibromes utérins**. (Journ. de Méd. de Bordeaux, 23 fév. 1902.)

Bisch. — La **gangrène** des **fibro-myomes utérins non pédiculés**. (1 vol. in-8°, Steinheil, Paris.)

Oui. — **Fibromes utérins** et **pyosalpinx**. (Soc. cent. de Méd. du dép. du Nord, 28 fév. 1902, in Echo méd. du Nord, 2 mars 1902.)

Bouvier. — Des **fibromes** de l'**utérus** intra-ligamentaires. (Thèse de Bordeaux, 1901.)

Le Dentu. — Des propagations prochaines et éloignées du **cancer utérin** spécialement dans le système lymphatique. (Sem. gyn., 18 mars 1902.)

Delbet. — Observation d'**utérus didelphe** avec **cloisonnement** du **vagin** borgne d'un côté. Opération, guérison. (Soc d'obst. gyn. et ped., 9 mars 1902, in Presse méd., 19 mars 1902.)

Green Cumston. — Diagnostic du **carcinome du corps** et du **col** de l'**utérus**. (Suffolk dist. Méd. Soc., le 22 janv. 1902, in Ann. of gyn. and Ped., mars 1902.)

Goffe. — **Sarcome fibreux** de l'**utérus**. (N.-Y. Obst. soc.. 14 janv. 1902, in Ann. of gyn. and. ped., mars 1902.)

Mauclaire. — **Fibrome utérin** enclavé (Soc. anat., 21 mars 1992, in Presse méd., 26 mars 1902.)

Tesson. — **Cancer** primitif du **corps utérin**. (Thèse de Paris, 10 avril 1902).

Schmitt. — **Carcinome** de l'**utérus**. (N.-Y. acad. de Méd., 27 fév. 1902, in Méd. Rec. 15 mars 1902.)

Audibert. — **Fibro-myome télangiectasique** de l'**utérus** spontanément expulsé. (Marseille, méd., 1er avril 1902.)

Walls et *Wilson.* — **Fibrome** de l'**utérus** (Manchester clin. Soc., 18 mars 1902, in Brit. méd. Journ., 12 avril 1902.)

Lewers. — **Tuberculose primaire** du **col** simulant un cancer. (Obst. soc. de Londres, 2 avril 1902, in Brit. Journ., 12 avril 1902.)

Dauvergne. — **Fibrome** de l'**utérus** comprimant les uretères. (Soc. des sciences méd. de Lyon, mars 1902, in Echo méd. de Lyon, 15 avril 1902.)

Croft. — **Tuberculose** du **col** de l'**utérus**. (Leeds and West riding méd. chir. soc., 14 fév. 1902, in Brit. méd. journ., 8 mars 1902.)

ANNEXES

Cazeneuve. — De la **tuberculose des annexes**. (Thèse de Montpellier, 1901.)

Bouvier. — **Kyste hyalin** du **parovaire**, biloculaire, à contenu albumineux, avec torsion du pédicule. (Rev. mens. de gyn. obst. et péd. de Bordeaux, janv. 1902.)

Chevrier. — **Kystes paraovariens** multiples. (Soc. anat., 28 fév. 1902, in Presse méd., 5 mars 1902.)

Potherat. — **Kyste dermoïde** des **deux ovaires**. (Soc. de chir., 5 mars 1902, in Presse méd., 8 mars 1902.)

Jayle et *Bender.* — **Cancer** de l'**ovaire** après hystérectomie pour cancer de l'utérus. (Soc. anat., 7 mars 1902, in Presse méd., 12 mars 1902.)

Horrocks. — **Sarcome** de l'**ovaire**. (Obst. soc. de Londres, 5 mars 1902, in Lancet, 15 mars 1902.)

Giannettasio et *Lombardi.* — **Fibromes** de l'**ovaire**. Contribution clinique et recherche histopathologique. (Inst. de clin. chir. de l'Univ. de Bologne, in Rassegna d'Obst. et gin., mars 1902.)

Halliday Croom. — **Suppuration** de l'**ovaire**. (Brit. gyn.. soc., 13 mars 1902, in Lancet, 22 mars 1902.)

Horrocks. — **Sarcome** de l'**ovaire.** (Obst. soc. of London, 5 mars 1902, in Brit. méd. journ., 22 mars 1902.)

Comyns Berkeley. — **Rupture** d'un **abcès** de l'**ovaire.** (Obst. soc. of London, 5 mars 1902, in Brit. méd. journ., 22 mars 1902.)

Villar. — **Kyste** de l'**ovaire** avec **torsion rapide** du **pédicule.** (Soc. d'obst. gyn. et péd. de Bordeaux, 25 mars 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 30 mars 1902.)

Cappellani. — Contribution à l'histologie de l'**oviducte.** (Arch. Italiano di gin., 28 fév. 1902.)

Stanmore Bishop. — **Kyste multiloculaire** de l'**ovaire.** (Manchester clin. soc., 18 mars 1902, in Brit. méd. journ., 12 avril 1902.)

Walter. — **Tumeur** solide de l'**ovaire droit.** (Pathological soc. de Manchester, 19 mars 1902, in Brit. méd. journ., 12 avril 1902.)

Smith. — **Tumeur solide** de l'**ovaire.** (Pathological soc. de Manchester, 19 mars 1902, in Brit. méd. journ., 12 avril 1902.)

Briggs. — Trois spécimens de **carcinomes solides** de l'**ovaire.** (North of England obst. and gyn. soc., 21 fév. 1902, in Brit. méd. journ., 12 avril 1902.)

Goelet. — **Salpingite interstitielle** et **sclérose** de la **trompe.** (N. Y. Acad. of Méd., 23 janvier 1902, in Méd. Rec., 15 fév. 1902.)

Rist. — Bactériologie de sept cas de **salpingites suppurées.** (Soc. de Biologie, 8 mars 1902, in Méd. mod., 12 mars 1902.)

Boldt. — **Pyosalpinx gonorrhéique** simulant une **grossesse tubaire.** (N. Y. Obst. soc., 14 janv. 1902, in Ann. of gyn. and ped., mars 1902.)

Boldt. — **Hématosalpinx bilatéral** : hématome de l'**ovaire.** (N.-Y. Acad. de Méd., 27 fév. 1902, id Méd. Rec., 15 mars 1902.)

Boldt. — **Salpingo-oophorite** chronique unilatérale, causée probablement par une appendicite. (N.-Y. Acad. de Méd., 27 fév. 1902, in Méd. Rec., 15 mars 1902.)

Fiori. — Contribution à l'étude de l'**hydrosalpinx** expérimental et à la physio-pathologie des **trompes** et des **ovaires.** (Policlinico, mars 1902.)

PÉRITOINE

Schwartz. — **Tumeur fibreuse** de la **paroi abdominale** prise pour un **kyste** de l'**ovaire.** (Soc. de chir., 26 fév. 1902, in Presse méd., 1er mars 1902.)

Lucas-Championnière. — Les **suppurations péri-utérines.** (Journ. des Praticiens, 22 mars 1902.)

Philippe. — **Epanchements séreux pelvi-péritonéaux** au cours des **infections utéro-annexielles** et post-opératoires. (Thèse de Paris, 10 avril 1902.)

Boldt. — **Fibromyome intraligamenteux** complètement séparé de l'**utérus.** (N. Y. Acad. de Méd., 27 fév. 1902, in Méd. Rec., 15 mars 1902.)

Fairbairn. — **Kyste pseudo-intraligamentaire.** (Obst. soc. de Londres, 2 avril 1902, in Brit. méd. journ., 12 avril 1902.)

Smith. — **Tumeur** du **ligament large.** (Pathological soc. de Manchester, 19 mars 1902, in Brit. méd. journ., 12 avril 1902.)

Payr. — De la **torsion des organes** abdominaux. (XXXIe Cong. de la Soc. allemande de chir., 3 avril 1902, Berlin.)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

David. — Des **grossesses intra-utérines** prises pour des **grossesses extra-utérines**. (Thèse de Montpellier, 1901.)

Dona. — **Grossesse extra-utérine** tubaire. Torsion de la trompe. Hématocèle rétro-utérine. — Hystérectomie, guérison. (Rev. de chir. de Bucarest, fév. 1902.)

Condamin. — **Grossesse extra-utérine** ovarienne. (Sem. gyn., 11 mars 1902.)

Denis. — Quatre cas de **grossesse extra-utérine.** (Soc. Imp. de Méd., 20 déc. 1901, in Gaz. méd. d'Orient, 15 fév. 1902.)

Vanderlinden. — **Grossesse extra-utérine**, variété tubaire. (Soc. de Méd. de Gand, 4 mars 1902, in Belgique méd., 13 mars 1902.)

Boursier. — **Grossesse tubaire.** (Soc. d'Obst. gyn. et ped. de Bordeaux, 10 mars 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 16 mars 1902.)

Elliot. Traitement des cas critiques de **grossesse extra-utérine** rompue, avec la relation d'un cas de grossesse intra et extra-utérine simultanées. (Med. Rec., 22 fév. 1902.)

Pryor. — **Grossesse ovarienne** avec fœtus viable. (N.-Y. Acad. de Méd., 27 fév. 1902, in Méd. Rec., 15 mars 1902.)

Lop. — Grossesse molaire **tubo-utérine**, avec conservation de la **menstruation.** (Soc. obst. de France, 3 avril 1902, in Presse méd., 12 avril 1902.)

Routh. — **Grossesse tubaire.** (Obst. soc. de Londres, 2 avril 1902, in Brit. med. Journ. 12 avril 1902.)

ÉTAT GÉNÉRAL. — PHYSIOLOGIE

Secheyron. — L'**entérite muco-membraneuse** : ses rapports avec les **affections utérines.** (Sem. gyn., 18 fév. 1902.)

Brin et *Papin.* — **Tumeur du sein.** (Soc. anat., 14 fév. 1902. in Presse méd., 19 fév. 1902.)

Chevreux. — De l'**embolie pulmonaire** tardive à la suite d'**hystérectomies** pour **fibromes utérins.** (Thèse de Paris, 26 fév. 1902.)

Engelmann. — A quel âge **commence** la **menstruation** dans le continent de l'**Amérique** du **Nord.** (N.-Y. méd. Journ., 8 fév. 1902.)

Polidor. — Des **canaux de Gartner**, de leur persistance chez la femme sous forme de **conduits** à **débouché vaginal.** (Thèse de Bordeaux, 1901.)

Busch (Zum). — **Eléphantiasis** des **organes génitaux externes** survenu à la suite de l'**ablation** des **glandes inguinales.** (German. hosp. Dalston, in Lancet, 8 mars 1902.)

Roger. — **Anomalies génitales.** (Presse méd., 22 mars 1902.)

Oliveira. — **Clinique gynécologique.** (Rev. part. de Méd. e. Cirur. prat., 15 et 30 mars 1902.)

Duret. — **Psoïtis** et **hystérectomie vaginale.** (Sem. gyn., 25 mars 1902.)

Krafft Ibing. — **Psychose** de la **menstruation.** (1 vol. in-8°, Enke, chez Le Soudier, Paris.)

Gill Wolie. — **Stérilité** due à des conditions vicieuses de l'**endométrium**. Les meilleures méthodes de traitement. (Med. Soc. of the County of N.-Y., 27 janv. 1902, in Méd. Rec., 22 fév. 1902.)

Ill. — **Stérilité** due à des conditions vicieuses de l'**utérus**. Les meilleures méthodes de traitement. (Méd. soc. du comté de N.-Y., 27 janv. 1902, in Méd. Rec., 22 fév. 1902.)

Polk. — **Stérilité** due à des conditions vicieuses des **trompes** et des **ovaires**. (Méd. soc. du comté de N.-Y., 27 janv. 1902, in Méd. Rec., 22 fév. 1902.)

Bossi. — **Démonstration gynécologique** de la **non-contagion** du **cancer** et ses applications. (Ann. di Ost. e Gin., fév. 1902.)

Porter. — L'**infection** de l'**utérus** est-elle une cause d'**abcès mammaire** ? (Brit. méd. Journ., 12 avril 1902.)

THÉRAPEUTIQUE-CHIRURGIE

Betière. — Contribution à l'étude de la **colpoplastie** dans l'**atrésie** et la **sténose** du **vagin**. (Thèse de Paris, 5 mars 1902.)

Defossez. — Traitement des **fistules vésico-vaginales** par la méthode de **dédoublement**. (Thèse de Bordeaux, 1901.)

Gérard-Marchant. — Traitement des **fistules recto-périnéales** et **recto-vaginales** par l'abaissement de la fistule rectale. (Presse méd., 15 mars 1902.)

Pouchet. — **Exclusion** et entéro-anastomose dans un cas de **fistule intestino-vaginale**. (Soc. de chir., 19 mars 1902, in Bull. méd., 22 mars 1902.)

Matile et *Bourquin.* — **Prolapsus invétéré** de la **matrice**. Chute sur le dos. Eviscération par le vagin. Réduction. Guérison. (Soc. méd. neuchâteloise, 4 déc. 1901, in Rev. méd. de la Suisse rom., 20 fév. 1902.)

Faucon. — Epithelioma du **col** de l'**utérus**. **Hystérectomie** abdominale. Section de l'uretère et abouchement du bout supérieur de ce canal avec la vessie. Guérison. (Soc. anat. clin. de Lille, in Journ. des Scienc. méd. de Lille, 8 mars 1902.)

Landry. — Contribution à l'étude du traitement des **métrorrhagies** et des **métrites hémorragiques** par les badigeonnages intra-utérins à la teinture d'iode. (Thèse de Paris, 20 mars 1902.)

Siredey. — La **congestion utérine** : ses variétés, leur traitement. (Journ. de Méd. int., 15 mars 1902.)

Pau d'Areny y de Plandolit. — Des médicaments locaux dans le traitement des **métrites**. (Arxius de Cir., 15 mars 1902.)

Le Roy Broun. — Huit années d'expériences dans la **cure radicale** des **rétroversions mobiles** de l'utérus par l'opération d'Alexander. (Méd. Rec., 22 fév. 1902.)

Pichevin. — **Perforation utérine.** Laparatomie. (Sem. gyn., 8 avril 1902.)

Pichevin. — **Inertie utérine** au cours du **curage utérin** : hémorragie grave. Guérison. (Sem. gyn., 8 avril 1902.)

Gatti. — La **ventro-hystéropexie** pour l'**antéflexion de l'utérus**. (Ass. méd. chir. de Parme, 10 janv. 1902, in Arch. ital. de gin., 28 fév. 1902.)

Pichevin. — Chirurgie conservatrice des **fibro-myomes utérins.** (Sem. gyn., 18 fév. 1902.)

Lorrain et *Berruyer.* — **Sarcome** de l'**utérus.** (Soc. anat., 21 fév. 1902, in Presse méd., 26 fév. 1902.)

Janov. — Enorme **fibro-myome** de l'**utérus.** Hystérectomie abdominale totale. (Soc. de chir. de Bucarest, 23 janv. 1902, in Rev. de chir. de Bucarest, fév. 1902.)

Jayle et *Bender.* — **Fibrome** et **cancer utérin.** (Soc. anat., 7 mars 1902, in Presse méd., 12 mars 1902.)

Jurneaux Jordan. — **Myome** de l'**utérus** enlevé par l'**hystérectomie supra-vaginale.** (Midland méd. soc., 19 fév. 1902, in Brit. méd. journ., 15 mars 1902.)

Beverly Campbell. — **Myomectomie** : sa place dans le traitement des **fibromes** de l'**utérus.** (West. surg. and. gyn. Assoc. Chicago, 18 déc. 1901, in Ann. of gyn. and ped., fév. 1902.)

Jonnesco. — Enorme **fibrome** de l'**utérus** extirpé par la voie abdominale par morcellement. (Soc. de chir. de Bucarest, 12 déc. 1901, in Bull. et Mem. de la Soc. de chir. de Bucarest, nos 4-5, 1901.)

Boldt. — **Fibro-myome rétropéritonéal** de l'utérus : **hystérectomie** abdominale. (N.-Y. Acad. de Méd., 27 fév. 1902, in Méd. Réc., 15 mars 1902.)

Dubourg et *Bossuet.* — Cas de coexistence chez le même sujet de trois **tumeurs** de nature différente. (Fibrome de l'utérus, kyste de l'ovaire, kyste dermoïde du grand épiploon.) (Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 13 janv. 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 6 avril 1902.)

Spinelli. — Deux cas d'inversion utérine par extraction vaginale d'une tumeur cavitaire. (Soc. gin. de Naples, 2 déc. 1901, in Arch. ital. de gin., 28 fév. 1902.)

Quénu. — **Sarcome** de l'**utérus**; résection d'une anse intestinale adhérente; **hystérectomie** abdominale totale. Guérison. (Soc. de chir., 9 avril 1902, in Presse méd., 12 avril 1902.)

Helme. — **Carcinome** du **col** de l'**utérus**, avec double **pyosalpinx**, enlevé par la voie vaginale. (North of England obst. and gyn. Soc., 20 fév. 1902, in Brit. méd. journ., 12 avril 1902.)

Lloyd Roberts. — Ablation d'un volumineux **polype utérin.** (North of England obst. and gyn. soc., 21 fév. 1902, in Brit. méd. journ., 12 avril 1902.)

O'Callaghan et *Dardenne.* — **Hystérectomie abdominale** pour **cancer** de l'**utérus.** Deux cas. (Lancet, 8 mars 1902.)

Walter Edmunds. — Un cas de **cancer inopérable.** Résultat favorable obtenu par l'oophorectomie et l'alimentation thyroïdienne. (Lancet, 29 mars 1902.)

Ionescu. — **Hystérectomie abdominale totale** avec **évidement pelvien** contre le **cancer utérin.** (Soc. de Chir. de Bucarest, 27 fév. 1902, in Rev. de Chir. de Bucarest, mars 1902.)

Pichevin. — **Fistule** après **laparotomie.** Fils de soie. Ablation. Guérison. (Sem. gyn , 4 mars 1902.)

Villar. — **Malformation** du **vagin** et de l'**utérus,** avec **hématomètre** et **hématocolpos** supérieur. **Hystérectomie abdominale** totale. (Soc. d'obst. gyn. et péd. de Bordeaux, 25 mars 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 30 mars 1902.)

Oui et *Davrinche*. — **Hystéreotomie** pour **annexite.** (Soc. cent. de Méd. du dép. du Nord, 14 fév. 1902, in Echo méd. du Nord, 23 fév. 1902.)

Meurice. — Traitement des **douleur d'origine annexielle** par l'**électro-thérapie.** (Belgique méd., 27 mars 1902,)

Boldt. — **Ablation** des **annexes** de l'**utérus** pour inflammation pelvienne récidivante. (N.-Y. Acad. de Méd., 27 fév. 1902, in Méd. Rec., 15 mars 1902.)

Smith. — **Laparotomie** pour **kyste** de l'**ovaire.** (Royal Acad. of méd. in Ireland, 7 janv. 1902, in Lancet, 1er mars 1902.)

Richelot. — **Tumeur** maligne de l'**ovaire** améliorée par les **injections** de sérum anti-cellulaire de Wlaëff. (Soc. de chir., 9 avril 1902, in Presse méd., 12 avril 1902.)

Helme. — **Section abdominale** pour **tumeur** solide de l'**ovaire.** (Manchester clin. soc., 18 mars 1902, in Brit. med. Journ., 12 avril 1902.)

Taber Johnson. — Ablation d'une **bougie** de la **cavité abdominale.** (South. surg. and gyn. Assoc. Richmond, nov. 1901, in N. Y. med. Journ., 1er mars 1902.)

Polk. — Opérations par le **vagin.** (N. Y. Obst. soc., 10 déc. 1901, in Ann. of gyn. and ped., fév. 1902.)

Sivain et *Lond.* — Série d'**opérations intra-abdominales.** (Bristol med. chir. Journ., mars 1902.)

Chavannaz. — Des meilleures **méthodes chirurgicales** à opposer au **cancer du sein.** (Rev. mens. de gyn. obst. et péd. de Bordeaux, janv. 1902.)

Chavannaz. — **Carcinome** du **sein droit.** Amputation par le procédé de Willy-Meyer. Autosplatie par le procédé de Legueu. Guérison. (Bul. méd., 9 mars 1902.)

GÉNÉRALITÉS

Stewart Mc. Kay. — **Gynécologie** ancienne. (Baillière, Tindall, Londres, 1902.)

Macnaughton Jones. — Les **maladies** des femmes. (Demi-8°, 948 p., Baillière, Tindall, Londres, 1902.)

Macnaughton Jones. — Points pratiques de **gynécologie.** (Baillière, Tindall, Londres, 1902.)

Platon et *Sepet.* — **Hygiène** de la **femme.** (1 vol. in 8°, Naud, Paris.)

Schultz. — **Hygiène génitale** de la **femme,** d'après l'enseignement et la pratique du Dr Auvard. (1 vol. in-18, Doin, Paris.)

Snow. — **Prophylaxie** en **gynécologie.** (Brit. gyn. journ., fév. 1902.(

Parmenide Ricci. — Bulletin semi-mensuel de **la clinique gynécologique,** Spinelli. (Arch. ital. de gin., 28 fév. 1902.)

Le Propriétaire-Gérant : O. Doin.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LES MALADIES DE LA FEMME ADULTE

JUSTICIABLES DU TRAITEMENT PAR LE PROTOIODURE DE FER

Après avoir successivement étudié les maladies de la première enfance, ainsi que celles de la puberté, toutes justiciables du traitement par le protoiodure de fer, notre intention est d'aborder aujourd'hui les états multiples, par lesquels peut passer la femme adulte jusqu'à la ménopause, et nous pourrons ainsi démontrer, dans ces cas nouveaux et particuliers, l'action héroïque de cette médication.

La femme, a-t-on dit, et cela à juste raison, est un utérus servi par des organes. En effet, à peine passe-t-elle de l'enfance à la puberté, que son utérus va déjà l'inquiéter, des douleurs génitales annonceront le moment critique du flux menstruel et mettront souvent la jeune femme pendant une semaine ou deux dans une incapacité notoire de tout travail actif ou même cérébral.

Si nous analysons même en détail chaque fait symptomatique, si nous faisons une critique approfondie de tout ce qui va se passer dans cet organisme, nous serons effrayés de la diversité des maux, auxquels pourra être sujette cette jeune femme. Qu'il nous soit donc permis, dans cette note, d'attirer une fois de plus l'attention sur cette médication à la fois iodurée et ferrique, dans le traitement des divers malaises ou états pathologiques, par lesquels la femme adulte s'achemine vers la ménopause. En dehors de faits particuliers et cliniques que, depuis dix ans bientôt nous avons pu enregistrer dans notre clientèle personnelle, nous ne pourrons que signaler les faits généraux communs au plus grand nombre, mais qu'il est néanmoins important de rappeler ici.

Le moment nous semble opportun de signaler ici deux états pathologiques, qui, bien que souvents passagers, peuvent intéresser fâcheusement l'économie tout entière, nous avons nommé la dysménorrhée et l'aménorrhée.

La dysménorrhée est cet état particulier dans lequel l'écoulement des règles devient difficile, douloureux. Lié le plus souvent à une obstruction mécanique de diverse nature, imperforation, cicatrices, augmentation de volume du corps de l'organe, cet état peut être seulement dû à un trouble fonctionnel résultant d'un état général anormal, et cela dans la plus grande majorité des cas.

L'aménorrhée sera donc, si nous pouvons nous exprimer ainsi, l'exagération de l'état précédent ; c'est à proprement parler l'absence du flux menstruel, chez une femme en âge d'être réglée. Cet état spécial, caractéristique, trop fréquent certes chez les jeunes femmes et surtout chez celles qui, pendant la période de puberté ont eu une période de chlorose mal soignée ou difficile à vaincre, cet état, disons-nous, est dû, soit à une faiblesse générale de l'organisme, soit le plus souvent à l'inertie totale de l'utérus.

Il est des plus intéressant de constater combien, dans la majorité des cas par la médication iodurée ferrique, on obtient des résultats surprenants dans ces deux affections, sinon graves en elles-mêmes, du moins pouvant causer un effet fâcheux sur le bon fonctionnement de l'organisme.

Une question assez complexe se présente maintenant devant nous. Supposons le cas d'une jeune femme qui a successivement passé par les nombreux cortèges de la série maladive de la première enfance, gourme et maladies intercurrentes; de la puberté, anémie et chlorose, et qui, arrivée à l'âge de vingt ans, se marie et va devenir mère.

Devra-t-on lui faire continuer l'usage du fer, si elle en prend déjà; devra-t-on lui en donner pour la première fois, si elle n'en prend pas. Les uns sont pour, les autres contre. Nous pouvons cependant affirmer que jamais l'usage des ferrugineux n'a mal influencé le cours d'une grossesse même difficile et que au contraire dans la majorité des cas, on n'a eu qu'à se louer d'avoir fourni à l'organisme la quantité de fer, qui lui faisait souvent défaut.

Pour ce qui nous concerne la médication par le protoïodure de fer, nous semble tout indiquée dans les cas de grossesse, compliquée d'anémie ou de tuberculose ; mais il nous reste aussi à ajouter que dans les cas de syphilis, l'action de ce médicament devient un adjuvant des plus précieux, portant une double action à la fois sur la mère et sur le fœtus, empêchant le plus souvent les accouchements prématurés, et en favorisant le cours normal des phénomènes naturels.

Pendant la période de lactation, plus spécialement, le ferrugineux sera tout indiqué; personne n'ignore que l'iode et le fer sont deux métaux, deux éléments qui pourront se retrouver en nature, dans le lait de la femme, et que, par conséquent, non seulement on pourra ainsi porter un remède à l'état général du sujet lui-même, mais aussi, par une action simultané et voulue, obvier à tous les accidents secondaires de la syphilis

héréditaire sur le nouveau-né, en lui faisant absorber par la voie maternelle un médicament à la fois altérant et reconstituant.

Nous insistons d'une façon toute spéciale sur ces faits cliniques, que nous avons pu observer nous-mêmes: et dans ces cas particuliers, nous pouvons résumer ainsi la question : toutes les fois que pendant la grossesse ou pendant la lactation, nous serons en présence d'un état dyscrasique soit scrofuleux, soit syphilitique, il sera bon de faire usage largement de la médication iodurée ferrique, qui, par son essence même à la fois altérante et reconstituante, influencera heureusement et d'une façon certaine, à la fois l'économie de la mère et de l'enfant.

Nous laisserons donc l'enfant, dont nous nous sommes déjà occupés, pour revenir à la mère.

La femme se relève de couche; nourrit son enfant ou non; mais on est en présence d'un état général affaibli, surtout si les couches ont été répétées et hâtives : à quel reconstituant devra-t-on alors s'adresser? Incontestablement au protoïodure de fer. En effet, par sa teneure en iode, le médicament débarrassera la femme des dernières impuretés, qui peuvent encore rester du côté des génitales, facilitera la circulation des exsudats pelviens, empêchera les engorgements ganglionnaires ou lymphatiques des organes du bassin, en produisant une sédation marquée sur les plexus nerveux splanchniques, sacrés et lombo-aortiques; par sa teneure en fer, il agira directement sur les canaux sanguins, en rendant à l'hématie plus de fer, d'où plus d'oxygène, qui apportera la vie dans ces centres fatigués et maltraités par un travail excessif, en décongestionnant les organes génitaux, ovaires, trompe et utérus.

Que ne nous reste-t-il pas à dire des divers états pathologiques provenant de l'utérus? Il serait trop long de les étudier tous successivement dans cette courte note; mais cependant, nous ne pouvons passer sous silence bien des cas, qui se trouvent bien de la médication que nous recommandons.

D'une façon générale, nous pouvons dire que, dans tous les états inflammatoires de l'utérus ou de ses annexes, cette médication est bonne, précisément pour le même motif que nous avons exposé plus haut. Dans les cas de métrites, de salpingites, d'ovarite, l'iodure de fer agit comme résolutif, en favorisant la résorption des exsudats et comme sédatifs des centres nerveux pelviens, en facilitant la circulation sanguine et en décongestionnant les organes génitaux. Qu'il nous soit enfin permis d'ajouter que, dans la plupart des cas de production morbide persistante, disons le mot de tumeur en général intéressant l'utérus ou ses annexes, on emploiera à bon escient et judicieusement cette médication et on obtiendra, sinon une guérison certaine, du moins on sera sûr d'avoir un adjuvant certain, pouvant contribuer pour une large part à la guérison obtenue par la médication locale et topique.

Il nous resterait à parler ici des diverses complications des maladies de l'utérus et de leur traitement respectifs; nous reviendrons probablement plus tard sur ce sujet; du reste, dans un prochain article, nous envisagerons les divers cas pathologiques de la femme à partir de la ménopause.

Il nous est facile de tirer des conclusions de ce que nous avons pu avancer, et de démontrer combien le choix d'une préparation est nécessaire dans la bonne application de cette médication rationnelle.

Nous avons, en effet, démontré le bien fondé de nos assertions, en ce qui concerne l'emploi du protoïodure de fer, en cherchant à prouver l'heureuse influence sur l'économie de cette association d'iode et de fer, provoquant ainsi, de par son essence même, une médication à la fois altérante et reconstituante.

Il y a souvent, loin de la coupe aux lèvres, car ce sel étant éminemment altérable, on arrive à ce résultat, que tantôt, avec telle préparation, le but proposé est atteint, tandis qu'avec telle autre on échouera.

Il y a donc lieu de remédier à cet état de choses et de n'employer que du protoïodure de fer cliniquement pur, absolument inaltérable, et pouvant se présenter toujours identique à lui-même.

On est arrivé à ce triple résultat, dans une préparation depuis longtemps appréciée du grand public médical et unanimement employée par les médecins accoucheurs ou gynécologues. Nous voulons parler des préparations dragées ou sirop au protoïodure de fer inaltérable de Fénelon Gille. Ce distingué chimiste a su grouper dans ces excellentes préparations, ces deux corps en apparence si disparates, et dont l'action synergique est pourtant si constante, si puissante, si incontestable.

Les préparations de F. Gille, se recommandent par leur inaltérabilité absolue, leur digestion facile dans le tube gastro-intestinal, et l'absorption rapide de leur principe médicamenteux, en même temps que leur résorption dans le torrent circulatoire; l'assimilation, en effet, ne peut être douteuse, on ne retrouve jamais aucun résidu dans les analyses des matières excrémentielles, et, au contraire, on peut trouver des traces de fer dans les urines, preuve que le trop plein a pu filtrer à travers l'émonctoire naturel.

Dr G. Blanc.

LA GYNÉCOLOGIE

JUIN 1902

MÉMOIRES

DE LA DYSMÉNORRHÉE DES JEUNES FILLES ET DES JEUNES FEMMES

Par G. Bouilly.

Tous les auteurs de gynécologie, dans le chapitre concernant la dysménorrhée, s'efforcent avec raison de trouver et de classer les différentes causes de ce trouble physiologique, et cherchent à distinguer une dysménorrhée *idiopathique* et une dysménorrhée *symptomatique*. Et, en effet, il est nécessaire de décrire à part les cas où la difficulté et les douleurs de la menstruation sont liées à une affection de l'utérus ou des annexes, ou bien, au contraire, constituent à elles seules toute la maladie. Il est facile de comprendre qu'un noyau fibromateux, inclus dans le tissu utérin, en modifie profondément les conditions de circulation et d'innervation, et amène un trouble notable au moment de la congestion menstruelle; il est facile encore de comprendre qu'une affection aiguë ou chronique des annexes, des ovaires, en particulier, provoque une poussée ou une exagération de douleurs pelviennes ou abdominales à cette même période; toute lésion des ovaires, en dehors des kystes simples, a tendance à influencer la menstruation et à la troubler dans ses diverses modalités. Ces

faits sont de connaissance vulgaire et paraissent susceptibles des explications les plus simplistes; et pourtant si l'on allait au fond des choses, bien des points restent obscurs. Pourquoi, avec un ou deux noyaux fibromateux de petit volume, inclus dans le tissu utérin, les règles sont-elles si douloureuses et pénibles chez cette jeune femme, tandis que chez cette autre, un peu plus âgée, ayant un fibrome gros comme une tête d'enfant et plus, les règles seront trop abondantes, mais non douloureuses? Pourquoi, chez celles-ci, de petits ovaires kystiques, scléreux ou atrophiés s'accompagnent-ils à chaque période menstruelle d'une vraie crise de douleurs, tandis que, chez une autre, de gros abcès de l'ovaire, des adhérences anciennes ou récentes, avec poussée de pelvi-péritonite récidivante, laissent-ils les règles venir à leur heure, sans douleur, ni exagération?

Nous serions bien gênés de répondre à pareille question, et nécessairement la symptomatologie des affections ovariennes est-elle incertaine et variable quand il s'agit de décrire leur influence sur la menstruation et sa manière d'être. Force nous est de reconnaître que beaucoup d'incertitude règne encore en pareil cas, et que, de la façon dont se fait la menstruation, on ne saurait, dans nombre de cas, tirer un argument de valeur en faveur de telle ou telle lésion annexielle ou utérine.

Ce n'est pas de ces faits que je veux m'occuper aujourd'hui; la dysménorrhée fait alors partie du cortège des symptômes, mais ne peut être considérée à part; c'est pourquoi j'ai pris soin de spécifier qu'il ne s'agissait ici que de la dysménorrhée des jeunes sujets — jeunes filles et jeunes femmes —, chez lesquels il ne saurait être question d'aucune lésion néoplasique ou inflammatoire de l'utérus ni des annexes. La dysménorrhée constitue toute la maladie : une fois la crise passée, la santé revient tout entière; avec la dernière douleur des règles tout est fini jusqu'à la prochaine époque.

Si l'on veut analyser de près les divers cas qui rentrent dans cette catégorie, on peut distinguer plusieurs ordres de faits. Chez certaines jeunes filles, la dysménorrhée n'est que transitoire; elle ne dure que quelques années, disparaît ou s'amende après les deux ou trois premières années de menstruation, ou disparaît tout à fait seulement après les premiers rapports conjugaux. Chez d'autres jeunes femmes, le mariage ne fait pas disparaître les douleurs menstruelles; il ne les modifie ni en bien ni en mal, mais une grossesse et un accouchement en ont raison, et il n'en est plus parlé. Ce sont les formes transitoires et bénignes de

la dysménorrhée; à ces formes ne correspond aucune lésion ni malformation apparente et de fait il doit en être ainsi, puisque l'usage des organes en amène le meilleur fonctionnement et fait disparaître un symptôme qui ne pouvait être rapporté qu'à un trouble fonctionnel. Ici encore, bien obscure se présente l'explication de pareils troubles et mieux vaut reconnaître que nous ne la possédons pas; car ce n'est rien expliquer que de mettre sur le compte de la congestion des douleurs et des troubles que cette même congestion ne produit plus quelques mois plus tard. Ici, sans doute, intervient avec importance la question de *terrain*, et le *neuro-arthritisme* doit-il marquer de son cachet les sujets atteints de ces phénomènes douloureux? Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser des déviations et de l'étroitesse des cavités de l'utérus dans la pathogénie de la dysménorrhée.

Nous arrivons, facilement, en écrivant ces mots et en soulevant ces idées de *déviation* et d'*étroitesse*, et par une transition toute naturelle, aux faits de dysménorrhée que nous visons ici, c'est-à-dire les cas de dysménorrhée rebelle et tenace que ne font céder ni la série prolongée des menstruations, ni les rapports conjugaux et qui, le plus souvent, se compliquent de stérilité.

Il me paraît inutile de tracer de nouveau le tableau clinique bien connu de cette dysménorrhée, de ces crises pelviennes, affreusement pénibles, dans lesquelles les malades se tordent et se roulent sur leur lit, angoissées, énervées, ne sachant quelle position prendre, passant deux ou trois jours dans un état de douleur et d'énervement qui les laisse, pour quelque temps encore, brisées et anéanties. Chez les unes, la douleur précède de quelques jours l'écoulement sanguin; tout le ventre est déjà sensible trois ou quatre jours avant la venue des règles; d'autres fois, cette douleur cède avec l'apparition du sang; plus souvent, chez les vraies dysménorrhéiques, elle dure pendant toute la période menstruelle.

Sa localisation est difficile à préciser; théoriquement, il semblerait que la région de l'utérus dût être particulièrement douloureuse. Il n'en est rien : les malades n'accusent pas plus ce siège qu'un autre, et la palpation n'est pas plus sensible sur ce point que dans le reste du bas ventre. La nature des douleurs est également difficile à définir : il ne s'agit ni d'élancements, ni de sensation de brûlure ou de cuisson; les malades accusent plutôt une sensation de pesanteur, de tension, et quelquefois la sensation de poussées douloureuses en rapport peut-être avec des contractions utérines.

Le type de ces malades est variable; tantôt, ce sont de petites jeunes filles frêles, maigres, peu développées; tantôt, au contraire, on est en présence de jeunes femmes grasses, fraîches, de bonne apparence, chez lesquelles rien ne pourrait faire soupçonner la production du trouble menstruel; quelques-unes même sont trop grasses, sont de véritables obèses, envahies, dès leur jeunesse et la première année de leur mariage, par une surcharge exagérée de graisse.

Mais quel que soit le type, le plus souvent l'examen local révèle les mêmes particularités, à savoir la présence d'un utérus à type infantile — col petit, pointu, à orifice circulaire plutôt étroit —, et corps utérin peu développé, plutôt rond qu'allongé, couché en antéflexion fixe. L'hystéromètre doit être fortement coudé en avant pour pénétrer jusqu'au fond de l'utérus; mais, en général, il peut y pénétrer; dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas de rétrécissement des cavités utérines : il n'existe qu'une coudure au niveau de la flexion du corps sur le col.

C'est tout ce que l'on constate; les culs-de-sac sont souples, libres et indolents; la palpation abdominale ne permet de constater ni augmentation de volume des ovaires, ni sensibilité anormale.

Et cependant, il est permis d'admettre que le système ovarien est mauvais; j'ai grande tendance à croire, qu'en pareil cas, les ovaires eux-mêmes sont atteints d'un arrêt de développement et présentent les caractères des ovaires atrophiques ou infantiles. Il ne m'est pas possible de fournir la preuve anatomique de cette opinion; mais elle me semble tout à fait vraisemblable et admissible.

Je n'insiste pas sur ce point qui n'est qu'une hypothèse.

La coudure utérine par antéflexion a toujours été, pour les observateurs, la cause la plus acceptable de la dysménorrhée; il a toujours paru naturel d'admettre que le sang trouvait un obstacle douloureux à son issue au niveau de l'angle de flexion et du rétrécissement de ce point, augmenté encore par la congestion menstruelle de la muqueuse utérine.

Cette théorie mécanique est simpliste et l'explication ne répond certainement pas à la généralité des faits.

On ne saurait d'abord l'admettre pour les cas nombreux où la douleur précède de quelques jours l'écoulement sanguin, ni pour ceux où elle se prolonge pendant toute la durée des règles, alors que le sang s'écoule en abondance, quelquefois même en abondance exagérée.

Elle ne saurait tenir non plus pour les cas où la dysménorrhée est intermittente, et ne se reproduit pas avec une régularité parfaite chaque mois, alors que la disposition anatomique ne s'est pas modifiée.

Elle trouve une apparence de raison et de vérité quand les règles sont moins douloureuses après la dilatation mécanique pratiquée pendant quelques jours comme traitement. Mais, on ne peut admettre la permanence de cette dilatation extemporanée et, cependant, il n'est pas rare de voir persister le soulagement pendant plusieurs mois, alors qu'aucune dilatation nouvelle n'a été faite, et que l'examen local fait constater la même antéflexion et la même coudure.

Enfin, l'explication mécanique perd toute sa valeur, puisqu'il est certain que la même antéflexion peut être reconnue chez des femmes qui n'accusent aucune douleur de règles, et chez lesquelles elle est découverte par hasard, à l'occasion d'un examen, par exemple, chez une femme venant se plaindre de sa stérilité.

Et, en dernier ressort, contre cette théorie purement mécanique, nous invoquons encore l'amélioration des phénomènes dysménorrhéiques avec les années, malgré la persistance de la déviation utérine. Il est rare, en effet, d'entendre, après la trentaine, les femmes se plaindre de cette variété de dysménorrhée; on dirait, qu'à la longue, la fonction a refait l'organe ou, au moins, lui a fait une habitude fonctionnelle plus facile et plus tolérable.

Il est donc nécessaire d'admettre, pour la production de ces phénomènes dysménorrhéiques, des éléments multiples dont la source doit être recherchée dans le développement incomplet des organes génitaux profonds, et dans un état particulier du système nerveux central. Le développement génital incomplet créé par lui-même une faiblesse ou une excitation nerveuse que viennent exagérer les moindres causes. L'antéflexion seule ne semble pas pouvoir créer la dysménorrhée : elle ne paraît être qu'une des formes témoignant de malformations génitales profondes, ou, au moins, de troubles de développement génital dont une des expressions symptomatiques les plus marquées consiste dans la dysménorrhée et, le plus souvent, dans la stérilité, en coïncidence ou même en rapport de cause à effet, avec des troubles plus ou moins marqués du système nerveux général.

Est-ce à dire qu'il n'y ait pas lieu de tenir compte, comme élément de production de la douleur, de la coudure utérine et de la difficulté de l'issue du sang menstruel? Ce serait une exagération, et cette exagération est loin de ma pensée. La réalité de cette

cause trouve sa démonstration dans le soulagement fréquemment obtenu par la dilatation, dont l'échec est, du reste, aussi fréquent, Cette dilatation agit-elle par l'élargissement de la cavité cervicale, c'est-à-dire mécaniquement, ou par la distension des plexus nerveux utérins péricervicaux, ou par tout autre mécanisme inconnu? Je ne saurais le dire.

J'ai montré plus haut, par plusieurs arguments, combien nombreuses étaient les raisons contre la pure théorie mécanique de la dysménorrhée.

Aussi, actuellement, ma thérapeutique, en pareil cas, se ressent-elle vivement des idées que je soutiens ici. Je ne refuse pas de parti pris la dilatation prolongée à la laminaire aseptique; je conseille et pratique encore quelquefois l'application pendant plusieurs semaines d'une tige intra-utérine de Lefour ou de modèle analogue, plus ou moins modifié; mais je m'élève fortement contre les interventions sanglantes qui ont la prétention de corriger l'antéflexion. Chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes, présentant ce type génital infantile avec les troubles nerveux qui en sont l'accompagnement ou la conséquence, il me semble qu'il y a mieux et plus à faire qu'un traitement local; celui-ci, en tout cas, ne doit constituer qu'un point de la thérapeutique.

Bien entendu, il pourra être utile de soigner et de guérir le léger degré de catarrhe cervical qui ne manque guère en pareil cas. Il sera bon de pratiquer quelques séances prudentes de dilatation à la laminaire, moins dangereuse et plus efficace, en pareil cas, que la dilatation par les bougies d'Hégar. Il sera utile de calmer la douleur par les divers hypnotiques connus, en évitant soigneusement la morphine, dont l'accoutumance est trop facile en pareil cas, par la prescription de certaines substances telles que l'aconit et les préparations de *viburnum prunifolium*, dont l'effet est quelquefois efficace. Mais il sera plus utile d'instituer une hygiène spéciale et une thérapeutique d'ensemble capable d'éveiller et de régulariser les fonctions ovariennes. A ces jeunes filles, à ces jeunes femmes, je prescris les exercices corporels, la marche, la bicyclette, l'équitation, le tennis, la gymnastique; pour elles, je ne crois pas bonnes les longues séances de repos, de lecture, de travail intellectuel, d'exercices de musique.

Pour les anémiques et les nerveuses marquées, je prescris volontiers les cures d'eaux appropriées, le séjour à la montagne à diverses altitudes, sans craindre les grandes altitudes de l'Engadine. Comme médication interne, je prescris volontiers les préparations ovariques, persuadé que la sécrétion ovarienne est

insuffisante en pareil cas, et que les indications de l'opothérapie ovarienne se font sentir comme à la ménopause. Enfin, si les circonstances le permettent, je fais faire à ces malades un traitement prolongé par l'électricité statique, dont les résultats sont excellents dans nombre de ces cas, et à laquelle il n'y a à reprocher que la nécessité d'une installation spéciale et d'une main consciencieuse et habile.

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par J.-A. Doléris.

Il reste un chapitre à reviser sur la pathologie de l'utérus, celui de l'histoire complète de la rétrodéviation utérine dans ses rapports avec la conception, la grossesse et la parturition.

En ce qui concerne la conception, c'est tout au plus si jusqu'ici les gynécologues ont signalé les difficultés de l'imprégnation dans ces cas, et s'ils ont suscité l'idée de quelques artifices pour la faciliter. Les débuts de la gestation dans un utérus rétrodévié, à des degrés divers, les équivoques, les erreurs de diagnostic qui en peuvent résulter dès les premières semaines, les accidents susceptibles de se produire à cette toute première période d'une grossesse vouée à la précarité et à l'incertitude, les précautions à imposer à la malade, les moyens orthopédiques ou autres à employer sont généralement négligés ou méconnus.

On vit sur cette notion, qui apparaît malheureusement comme une règle, que la stérilité est le lot des femmes à utérus rétrodévié, et tout en faisant leur place légitime aux exceptions qui ne sont point niables, on n'en recherche point les conditions, on ne précise pas le pourquoi. Ceci explique l'obscurité dans laquelle est resté ce point très important de pathologie utérine.

De son côté, l'obstétrique, il faut bien le reconnaître, ne pouvait exercer ses investigations que sur les faits de son domaine. L'accoucheur n'est guère consulté qu'à un moment, relativement assez avancé de la grossesse, alors que celle-ci est probable ou déjà certaine. Presque toujours c'est un phénomène anormal, un accident, un symptôme grave qui font requérir les lumières d'un spécialiste. Nous connaissons donc mieux, à la vérité, l'histoire et l'évolution des grossesses dans l'utérus rétrodévié, grâce à l'attention et à la sagacité qu'ont déployées principalement les accoucheurs français. Les modes de terminaisons, les complications quelquefois mortelles qui ont été signalées, les signes habituels

et les tentatives thérapeutiques usitées, constituent un matériel de connaissances suffisant pour remplir le cadre d'un chapitre d'obstétrique.

Il y manque cependant tout un côté de grande importance. Quand on songe que beaucoup de grossesses, dans les cas de rétroversion utérine, se terminent par un avortement auquel on on n'oppose généralement aucun moyen préventif réellement efficace, ayant pour but la libération rapide et certaine de l'enclavement du globe utérin ; quand on est obligé de se dire que pour beaucoup de médecins ce mode de terminaison est à peine considéré comme *fâcheux*, sinon favorable, au regard des éventualités pires qui auraient pu se produire, il suffit d'un moment de réflexion pour reconnaître que là l'effort scientifique s'est ralenti.

La science médicale retarde en effet chaque fois qu'elle néglige d'accomplir le maximum de bien à réaliser.

L'avortement, terminaison spontanée assez fréquente de la rétrodéviation, est également resté le procédé de traitement héroïque, en présence de complications menaçantes.

Or, spontané ou provoqué artificiellement, l'avortement ne saurait être *considéré comme un maximum*, un idéal.

L'obstétrique donc n'a point été secourue par la chirurgie gynécologique dans l'étude de cette question, comme elle l'a été dans d'autres, par quoi elle a conquis un relief nouveau et s'est illustrée légitimement dans le dernier quart du siècle précédent.

Après une grossesse heureusement ou malheureusement terminée, que devient l'utérus anciennement rétrodévié?

On s'en préoccupe assez peu et l'on se repose volontiers sur cet aphorisme risqué, que la grossesse *guérit la rétroversion*. Je ne sais quel est le gynécologue, qui, le premier, a éprouvé cette heureuse fortune de convaincre à si peu de frais plusieurs générations de médecins; mais il m'a fallu souvent reconnaître, pour ma part, que cette formule simple, trop simple, est erronée.

La rétrodéviation apparaît très souvent pour la première fois dans la période qui suit immédiatement l'accouchement; je l'ai vue naître dans le lit même où la femme avait accouché régulièrement, et plus fréquemment dans les premiers jours qui suivent les relevailles, chez des femmes parfaitement conformées d'ailleurs, avant leur grossesse, et n'ayant jamais présenté un accident durant la gestation, chez des sujets dont l'appareil génital était normal de tous points... Comment exclure dès lors, d'une pathogénie aussi incontestable, précisément ces femmes qui présentaient la même malformation avant de devenir enceintes et

qui l'ont vue s'aggraver avec le début de la gestation? La vérité est que la récidive est tout à fait fréquente. Il faut distinguer les cas et les conditions, voilà tout.

Il faut surtout prévoir et agir en conséquence.

Je ne veux pas m'étendre plus longtemps sur des généralités. J'en ai assez dit pour indiquer ma pensée et en même temps laisser deviner sur quels points plus nouveaux je me propose d'insister.

Voici *en abrégé* les principaux :

L'étiologie puerpérale d'une catégorie importante de rétrodéviation.

La *stérilité* presque absolue, dans la rétrodéviation dite congénitale, plus réellement rétrodéviation précoce ayant débuté pendant la virginité ou dans les premiers temps du mariage, — conditions qu'il faut tout à fait distinguer de la stérilité moins certaine, moins absolue, et plus aisément curable, qui apparaît après un premier accouchement ou une première fausse couche.

La fréquence *de l'avortement hâtif*, dans l'utérus gravide rétroversé et enclavé.

La fréquence peut être moins grande de l'avortement vers la fin du troisième et dans le quatrième mois de la gestation, explicable par le petit nombre de grossesses qui résistent jusque-là.

L'impossibilité de préciser les conditions de mobilité ou d'immobilité de l'utérus quand une grossesse est survenue dans cet organe rétrodévié.

L'incertitude du médecin quant aux lésions concomitantes.

Celle plus grande encore de l'efficacité ou de l'inefficacité du traitement orthopédique au cours de la première période de l'enclavement confirmé.

L'abstention systématique de l'intervention chirurgicale lorsqu'il n'existe pas de symptômes graves ou de complications, que je considère comme une erreur contre laquelle il faut protester; ce que j'ai fait par la publication d'exemples qui constituent une première série de faits capables de démontrer l'utilité du traitement chirurgical, alors que toute thérapeutique a échoué, et l'innocuité de l'acte opératoire.

Enfin l'influence de la gestation sur la cure spontanée de la rétrodéviation, influence plus souvent fâcheuse, hormis les cas où des moyens de prophylaxie efficace sont judicieusement employés au cours du puerpérium.

En écrivant ce chapitre, on pourrait presque confondre inten-

tionnellement les prolapsus génitaux avec la rétrodéviation qui souvent est une étape obligatoire du prolapsus, car les phénomènes morbides et leurs conséquences sont souvent identiques. Cependant il me paraît plus conforme à l'habitude de n'envisager que le fait pathologique tout à fait précis de la rétrodéviation, parce que les aperçus divers, ci-dessus envisagés, s'appliquent, pour la plupart, au phénomène de l'*enclavement*, autrement dit de l'*incarcération*, qui est une étape propre à la rétrodéviation et étrangère aux prolapsus.

Historique. — Je ne puis me dispenser de justifier ce qui va suivre par une revue rapide de l'état de la science sur le sujet que j'aborde au regard exclusif de la thérapeutique ; par quoi, on pourra juger de la valeur des opinions nouvelles défendues dans ce mémoire et des propositions de traitement qui y sont exposées.

Les trois principaux classiques français Tarnier et Budin, Charpentier, Ribemont et Lepage, auxquels j'ajouterai le bon ouvrage de Ch. Vinay, de Lyon, apprécient le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide suivant un plan à peu près uniforme, dans lequel je n'aperçois pas de discordances bien saillantes.

En relisant les très vieux auteurs, on retrouve encore le canevas sur lequel sont bâtis les chapitres des livres les plus récents sur la rétrodéviation confirmée, bien entendu, et, pour mieux préciser, sur l'incarcération de l'utérus à partir de son premier début. C'est une série de propositions, sériées en proportion de l'intensité des symptômes et du danger que court la malade.

Le premier terme de ces propositions thérapeutiques est l'*expectation associée au cathétérisme ;* le dernier est l'*avortement provoqué.*

Les procédés intermédiaires sont représentés par les tentatives de réduction, de désenclavement de l'utérus, soit à l'aide de la main, soit à l'aide de divers appareils, pessaires, ballons, leviers, agissant par le vagin ou par le rectum.

En consultant les ouvrages étrangers, on trouve une parfaite similitude d'opinions.

Charles (de Liège), qui a écrit sur la rétrodéviation de l'utérus gravide une monographie très intéressante basée sur la relation de plus de cent cas, ne dévie point du cadre classique dans son traité pédagogique sur les accouchements. Il insiste plus particulièrement sur un procédé de réduction artificielle de l'utérus enclavé, par l'association de tractions exercées sur le col de l'utérus et de l'emploi de la position génu-pectorale.

Il envisage aussi les difficultés de la provocation de l'avortement

qui, pour lui, est, comme pour tous, l'*ultima ratio* de la thérapeutique ; et il conseille, en cas de difficultés insurmontables par les voies naturelles, l'extraction de l'œuf et du fœtus par une incision cruciale de la paroi vaginale postérieure (p. 117, t. I).

La littérature allemande ne nous fournit point de données nouvelles ou originales.

Je consulte le tout récent ouvrage de Bumm (*Grundriss zum Studium der Geburtshülfe*, 1902), si intéressant par le soin précieux avec lequel il est composé et édité, et je constate que, dans ce livre écrit d'hier, par un tout jeune accoucheur qui jouit d'une notoriété très méritée, le traitement indiqué contre la rétroversion de l'utérus gravide consiste dans le *cathétérisme*, la *réduction manuelle* ou *instrumentale*, et finalement l'avortement provoqué.

« Si la reposition ne réussit pas, ou si elle ne peut plus être tentée, il ne reste plus qu'à provoquer l'avortement. Une sonde convenablement courbée sera introduite dans l'orifice utérin, de manière à ouvrir l'œuf. »

J'ai trouvé, non plus dans l'obstétrique allemande, mais à la vérité chez un auteur qui a écrit sur la gynécologie des chapitres originaux par certains côtés, Rheinstaedter(*Praktische Grundzüge der Gynækologie*), des notions assez étendues sur le sujet et quelques conseils utiles. Sur le traitement de l'incarcération, son opinion ne diffère guère de celle de Bumm : « Evacuation de la vessie, réduction de l'organe déplacé, par la position génu-pectorale habituelle, aidée de l'action d'un pessaire de Schultze. La position élevée du bassin facilite beaucoup la réduction. Si l'incarcération de l'utérus n'a pas duré trop longtemps, la grossesse poursuit son cours tranquillement. »

Rheinstaedter déclare cependant qu'il ne lui est jamais arrivé d'échouer par la combinaison du cathétérisme et des pessaires, ou dans ses tentatives de réduction ; il n'a donc jamais dû recourir à l'*ultimum refugium*, la ponction de l'œuf, « laquelle, dit-il, peut être faite, en cas de difficulté, à travers la paroi vaginale postérieure ». Cette affirmation a lieu d'être retenue, parce que, venant d'un gynécologue, elle donne justement à penser que le diagnostic précoce de la déviation, qui s'offre rarement à l'accoucheur, est une condition particulièrement favorable à la réduction par des procédés simples.

La lecture des meilleurs ouvrages américains sur l'obstétrique et sur la gynécologie ne m'a rien appris qui diffère des idées précédentes.

Th. Lusk, après avoir envisagé le traitement habituel, termine

ainsi : « Dans des cas exceptionnels, le replacement de l'utérus peut être empêché par les adhérences d'origine inflammatoire ou par la *tuméfaction secondaire* de l'organe déplacé. La provocation du travail devient, dès lors, une indication impérieuse et doit être effectuée soit par les méthodes habituelles, soit par la ponction de l'œuf au travers du vagin. » Lusk ajoute quelques mots sur l'ingénieux artifice, employé par Müller dans un cas de rétroversion telle que le col utérin regardait directement en haut, et qui consiste à convertir en un crochet creux une sonde uréthrale d'homme et, par ce tube courbé introduit dans le col, à conduire un gros fil de catgut dans la cavité utérine entre les membranes et la paroi. Le travail fut régulièrement provoqué dans un cas, par ce moyen.

Dans le *Traité d'Obstétrique* de Th. Darvin, plus récent que celui de Lusk, on ne trouve point de précepte nouveau, bien que certains points du traitement soient très minutieusement déterminés. La conclusion est d'ailleurs la même : « Si la réduction est impossible et si les symptômes d'incarcération apparaissent, le seul remède est la provocation de l'avortement » (p. 285).

Il ne faut pas aller chercher des idées originales ou nouvelles dans les auteurs anglais : Simpson, Playfair, Churchill, West traduisent les idées courantes. Dans le livre de Duncan, il n'est pas fait mention de l'anomalie qui nous occupe, ni dans celui de Barnes. Tyler Smith y a apporté une contribution intéressante, mais pas au sujet du traitement.

Poursuivre ces citations serait fort inutile.

Il faut arriver à l'année 1887 pour trouver une conception nouvelle de la thérapeutique exceptionnelle que certains cas peuvent nécessiter.

C'est dans le travail de Pinard et Varnier, sur la rétroversion de l'utérus gravide, publié dans les *Annales de Gynécologie*, que le mot de laparotomie a été prononcé, je crois, pour la première fois.

Ce mémoire met en relief deux faits très importants sur l'anatomie pathologique de la question : les fausses membranes ou adhérences résistantes, siégeant dans l'abdomen ou dans le bassin, capables de créer l'irréductibilité absolue de l'utérus gravide; — l'étude des cystites à forme nécrosique ou pseudomembraneuse, forme grave, quelquefois suivie de perforation de la vessie et souvent terminée par la mort.

Sur les fausses membranes adhérentes, les auteurs émettent deux opinions qui sont appuyées, la première sur une vue

rationnelle mais ayant un caractère nécessairement hypothétique, faute de preuves anatomiques directes, la seconde précise et basée sur des découvertes anatomiques établies par l'autopsie.

Les voici :

« 1° Les adhérences anciennes utéro-rectales ou utéro-pelviennes sont rarement la cause de la rétroversion de l'utérus gravide et de son irréductibilité. La fréquence de ces adhérences a été exagérée, et, lorsqu'elles existent, la grossesse détermine dans leur structure des modifications leur permettant de devenir extensibles.

« 2° Les adhérences anciennes, vésico-intestinales ou vésico-intestino-pelviennes, ou utéro-vésico-intestino-pelviennes, toutes celles, en un mot, qui clôturent l'aire du détroit supérieur, peuvent s'opposer et s'opposent, comme nos observations le prouvent, au mouvement ascensionnel de l'utérus gravide, et produisent la *rétroversion* et l'*enclavement*. Les modifications imprimées par la grossesse à tous les tissus qui sont en continuité de rapports avec l'utérus, retentissent trop peu sur ces adhérences extra-utérines pour produire leur extensibilité. »

Si je voulais serrer de près la question de la pathogénie de l'affection, je trouverais à placer ici des observations sur les conclusions qui précèdent, et je pourrais sur quelques points de détail différer d'opinion avec Pinard et Varnier. — Je dirais par exemple qu'on a, dans les observations, parlé souvent d'utérus adhérent sans en avoir la preuve, presque impossible à établir d'ailleurs. Que la réduction ait été possible dans bien des cas de ce genre, qu'il faut considérer comme tout à fait imprécis et problématiques, cela peut donc s'expliquer. Je conçois donc qu'à la trop grande crédulité de Bernutz — entre autres — Pinard et Varnier aient opposé un scepticisme motivé. Seulement c'est de l'existence des adhérences qu'il faut douter surtout plutôt que de l'irréductibilité de l'utérus, quand les adhérences existent réellement.

Mais je ne veux retenir que la donnée pratique de l'affirmation : l'irréductibilité plus ou moins constante de la déviation dans la première éventualité, l'irréductibilité absolue dans la seconde.

Les auteurs du mémoire ont écrit, dans la seconde partie de leur travail, une étude complète des lésions de la vessie entraînées par la rétro-déviation d'abord, aggravées ensuite par l'incarcération. Ils ont voulu mettre en vedette, au premier plan, les altéra-

tions graves de l'appareil urinaire et les dangers qui en découlent pour la malade.

Ils terminent par cette conclusion : « Dans [la rétroversion de l'utérus gravide, il ne faut pas trop s'attarder à traiter la rétention d'urine seule. Cette méthode qui, dans nombre de cas, a donné de brillants résultats, en permettant à l'utérus de se redresser spontanément, ne saurait être de mise qu'autant que l'urine reste normale et qu'il n'existe aucun symptôme de cystite ou de compression. »

« Dès que survient la cystite ou dès qu'il existe des signes d'enclavement, il faut, si l'on ne veut pas voir se développer ou s'aggraver des lésions comme celles que nous venons d'étudier, réduire le plus vite possible, et cependant sans violence, l'utérus rétroversé. » Que si l'on n'y parvient par aucun des procédés de douceur habituellement employés, on n'aura plus à choisir, pour faire disparaître la compression, qu'entre deux moyens :

1° Provoquer l'avortement.

2° *Pratiquer la laparotomie qui seule permettra de se rendre* de visu *un compte exact de la nature de l'obstacle à la réduction et de faire disparaître cet obstacle.* »

Les auteurs ajoutent que, dans 4 cas de leur statistique, c'eût été le seul moyen de sauver la vie des malades.

Le principe de l'action chirurgicale directe est non pas posé d'une façon absolue, mais seulement mis en parallèle avec la provocation de l'avortement, et sur le même plan.

J'ose pour ma part, croire et interpréter que la tendance est plutôt favorable à l'action chirurgicale, qui, dans l'espèce, est ici conservatrice de l'enfant autant que de la mère.

L'indication d'agir n'est pas la seule conclusion émise, mais aussi l'indication d'agir *hâtivement*, car si on atermoie, aux lésions vésicales déjà installées, à la cystite septique du début, peuvent succéder, malgré l'intervention, la nécrose gangréneuse de la muqueuse, l'exfoliation, l'infection générale et finalement la mort.

L'indication complémentaire visera donc les lésions vésicales.

Depuis 1887 bien des travaux et des observations ont vu le jour, sans que mention soit faite de la mise en pratique du traitement chirurgical conservateur en opposition avec le fœticide par avortement, lorsque l'on s'est trouvé en présence d'une rétroversion simple, irréductible.

La première observation publiée, qui se rapporte au sujet, traite d'un cas de « Rétroflexion complète de l'utérus gravide, à

terme ; — obstruction pelvienne par un fibrome adhérent ; — hystérectomie abdominale totale. — Guérison ». Elle est due à H. Varnier et P. Delbet. (*Annales de Gynécologie*, 1897.)

Mais, dans ce cas, l'intervention opératoire visait une tumeur plus que la déviation. Comme le disent les auteurs, « le point de cette observation que doit attirer spécialement l'attention est celui-ci : l'absence complète, au cours de la grossesse, de tout phénomène pelvien ou utérin ».

En outre l'opération constituait un acte *radicalement destructeur*, justifié peut-être dans la circonstance, mais qui doit rester étranger au sujet qui m'occupe.

La proposition de l'hystérectomie abdominale, dans les cas de fibroïde utérin compliquant une rétrodéviation adhérente, ou même dans le cas de simple rétroversion, pendant la grossesse, pas plus que celle de l'ouverture de l'utérus par la césarienne (Raumdohrs), ou de l'opération de Porro (Hermann), quand la gestation a pu arriver aux derniers mois, ne doivent être confondues avec l'idée que je veux exposer et défendre ici : *la laparotomie libératrice de l'utérus, suivie de la réduction directe de l'utérus et de sa fixation en position normale.*

Avant de préciser les conditions d'une telle intervention, d'une façon générale, et de tenter de poser un précepte, non plus théorique, mais basé sur des faits discutés et traités conformément au raisonnement, je préfère donner l'observation détaillée de 3 cas qui constituent la base de ce travail.

Tous trois ont été observés et opérés par moi, conformément à une opinion personnelle que j'ai été heureux d'appuyer, *a posteriori*, par des arguments et des enseignements dérivés de faits antérieurs discutés par des hommes d'une autorité indiscutable. Leur tendance et leurs principes se trouvent tout à fait d'accord avec la résolution et les principes qui m'ont guidé.

Observation I [1]

Rétroversion adhérente de l'utérus gravide. — Laparotomie. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds à deux mois et demi de grossesse. — Guérison. — Accouchement à terme.

La nommée L..., trente-six ans, ménagère, entre dans mon service au pavillon de la Maternité de l'hôpital Boucicaut, le 28 mai 1901.

[1] Observation lue à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, le 9 décembre 1901. (*Bulletin*, t. III, fasc. 10.)

Antécédents héréditaires. — Le père est mort diabétique; la mère, affectée d'un prolapsus utérin très ancien, est morte d'accident.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. Péritonite suite de couches à vingt-trois ans.

Mariée pour la première fois à vingt et un ans, elle a, de ce premier mariage, deux enfants dont l'un est mort. Remariée à vingt-cinq ans, en 1892, elle devient aussitôt enceinte. Vers les deux mois et demi écoulés de cette grossesse, elle subit des brutalités réitérées, reçoit un violent coup de pied dans l'hypogastre, fait une fausse couche et depuis cette époque reste affectée d'une rétroversion utérine. Elle se fait soigner pour sa rétroversion à l'hôpital Necker, pendant onze mois, en 1894. Le traitement consiste en massages *intus et extra*, suivis de l'application d'un pessaire qu'elle porte constamment et qui est retiré chaque jour pour la séance de massage.

Lorsqu'elle quitta l'hôpital Necker, elle éprouvait toujours des malaises, maux de reins, céphalée, constipation opiniâtre. Les menstrues sont régulières, mais parfois très douloureuses.

Le 28 mai 1901, la malade vient à la consultation et accuse un retard de règles de deux mois environ; elle pense être enceinte. Elle éprouve des douleurs très vives et constantes dans le bassin et l'hypogastre, constipation invincible; miction parfois douloureuse, toujours difficile.

Examen. — L'utérus, volumineux, est entièrement rétroversé et rétrofléchi.

Le corps et le fond forment une tumeur volumineuse, régulière et rénitente, qui occupe le cul-de-sac de Douglas, le déprime fortement et fait une saillie très accusée vers le vagin.

Cette tumeur descend très bas, et il est visible que les tissus du plancher pelvien et les ligaments utérins sont relâchés.

La rétrodéviation a dû être précédée d'un fort degré de prolapsus génital.

L'abaissement notable du Douglas, repoussé par le fond de l'utérus et la colpocèle postérieure très accusée, créent des conditions d'incarcération redoutables.

Toute la région est douloureuse au toucher.

Le col utérin est petit, situé très haut derrière la symphyse pubienne, et regardant l'orifice vulvaire : il y a donc une flexion marquée de l'organe. L'angle formé par le col et le corps a son sinus ouvert en avant.

Un peu de colostrum à la pression des seins; pigmentation de l'aréole mammaire et de la ligne abdominale.

Pas de nausées ni de vertige.

Le diagnostic de grossesse très probable est porté sans hésitation. La malade est mise au repos et on procède à la désobstruction intestinale par des purgatifs et des lavements.

On surveille la vessie.

Les douleurs abdominales sont presque constantes et vives.

J'essaye de réduire la rétroversion dans la position génupectorale, et j'ordonne le décubitus abdominal constant. Au bout d'une semaine de ce régime, la situation ne s'améliorant pas, la constipation étant impossible à vaincre, l'état gastro-intestinal peu satisfaisant, et les douleurs persistantes, on procède à l'introduction, dans le rectum, d'un ballon rempli de 250 grammes d'eau, le 7 juin. Cette opération est douloureuse et mal supportée, probablement à cause des adhérences péritonéales, car elle est pratiquée très lentement et avec mille précautions.

L'application du ballon rectal est réitérée le 9 juin et on le remplit de 320 grammes d'eau.

Après chacune de ces interventions, il a semblé à la malade qu'elle se trouvait un peu soulagée, mais cette amélioration est de très courte durée.

En réalité, malgré la répétition des mêmes tentatives et la persistance du décubitus abdominal, l'utérus ne se réduit nullement; les phénomènes morbides persistent, en se compliquant de coliques utérines véritables qui me font craindre un avortement.

Je décide une intervention qui est pratiquée le 18 juin.

Chloroformisation.

Laparotomie.

Petite incision sous-ombilicale.

Je glisse doucement ma main derrière et sous l'utérus : je le décolle de la paroi pelvienne ainsi que les annexes rétroprolabées et maintenues par des adhérences molles ; le péritoine est injecté et contient un peu de sérosité infiltrée dans des lacunes fibro-adhérentielles. Je ramène légèrement l'utérus en avant, mais il tend à reprendre sa position vicieuse.

Je pratique alors le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par mon procédé, qui a été déjà décrit à plusieurs reprises et ici même par M. Richelot et par moi-même, et dont la technique a été très exactement rapportée dans la thèse de M. Hivet. Ce procédé, on se le rappelle, consiste à supprimer en quelque sorte l'insertion inguinale des ligaments toujours amincie, tiraillée et affaiblie, dans ces cas,— pour lui substituer une insertion pubio-abdominale, par la fixation des cordons pleins et résistants

qui représentent les ligaments ronds près de leur naissance sur les cornes ûtérines. Il a, de plus, cet avantage sur l'hystéropexie, de ne point fixer le corps utérin lui-même à la paroi abdominale, et de laisser quelques centimètres de ligament entre l'utérus et cette paroi. Cette portion, si courte qu'elle soit, est, pendant une grossesse, susceptible de s'allonger sans opposer la moindre gêne à l'ascension de l'utérus ; les conditions physiologiques ne sont donc point modifiées.

L'abdomen est suturé en deux étages.

De suite après l'opération, je pus m'assurer par le toucher que l'utérus avait basculé en avant, que le Douglas était vide. Par contre, le col utérin est abaissé et la masse utérine elle-même, bien que réduite, descend très bas vers l'orifice vulvaire.

Par le toucher, je trouve nettement le fond de l'utérus, qui paraît globuleux et remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Suites opératoires. — Elles ont été très simples. Durant les premières quarante-huit heures la malade a été un peu agitée et a ressenti quelques coliques.

Cathétérisme toutes les cinq heures.

Pour prévenir tout danger d'avortement, on a fait usage de piqûres de morphine à faible dose et fréquemment répétées, alternant avec des lavements laudanisés. J'ai ajouté à cette médication, dès que la malade a pu s'alimenter, l'usage de la teinture de viburnum à la dose de XL gouttes par jour en 2 ou 3 fois.

L'utérus, qui est en prolapsus, est maintenu autant que possible ou plutôt soulevé par des tampons de gaze iodoformée placés dans le vagin.

Evacuation intestinale quotidenne.

26 juin : Je mesure la distance du fond de l'utérus au pubis ; elle est de 14 centimètres.

Malgré la disparition des coliques utérines, je fais continuer la teinture de viburnum jusqu'au 15 juillet.

2 juillet : On enlève les fils.

5 juillet : Quelques coliques ; lavements laudanisés.

20 juillet : La hauteur du fond de l'utérus est de 15 centimètres.

A la fin du mois, la malade se lève, se sent très à son aise, marche sans fatigue et n'éprouve aucune douleur.

10 août : La hauteur de l'utérus est de 15 cent. 1/2, c'est-à-dire qu'elle n'a pas varié depuis trois semaines; mais il ne faut pas oublier que la malade se lève et marche, que le col s'est légèrement abaissé, ce qui indique une accentuation du prolapsus.

Depuis que la station debout et la marche ont été reprises, les fonctions se font parfaitement.

La malade va à la selle tous les jours, souvent spontanément.

12 août : Elle perçoit les premiers mouvements de l'enfant.

La malade est rentrée dans mon service à la fin de sa grossesse pour y accoucher.

Voici quelle a été la série des mensurations pratiquées sur l'utérus pour mesurer son ascension par rapport au bord supérieur du pubis.

Avant l'opération. — Corps utérin inaccessible, par le palper, au-dessus du pubis.

Opération, 18 juin.

26 juin : Hauteur utérine, 14 centimètres ;

20 juillet : Hauteur utérine, 15 centimètres ;

10 août : Hauteur utérine, 15 cent. 1/2 ;

18 novembre : Hauteur utérine, 28 centimètres ;

20 décembre : Hauteur utérine, 39 centimètres.

N. B. — L'accouchement a lieu à terme le 1er janvier 1902, à 7 h. 20 du soir.

Présentation D. P. Durée du travail : neuf heures.

Terminaison spontanée. L'enfant était une grosse fille du poids de 4.000 grammes. Suites de couches normales ; involution utérine régulière et rapide.

Examen à la sortie. — Le 13 janvier 1902, involution normale. Utérus en bonne attitude, mais il est abaissé.

Le col assez descendu. Vagin ample. Cystocèle marquée, périnée insuffisant.

La malade subira la restauration plastique du vagin dans quelques semaines.

La cicatrice abdominale est parfaitement solide.

Discussion.

M. Pinard. — Je vois avec le plus grand plaisir que notre collègue s'est rallié à l'intervention par la voie abdominale que Varnier et moi avons recommandée en 1887 (dans notre contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide), comme permettant seule de se rendre compte *de visu* de l'obstacle à la réduction et de faire disparaître cet obstacle. Quand on a reconnu que la réduction de l'utérus est difficile et impossible, la laparotomie est formellement indiquée.

Mais je ne m'explique pas, qu'après avoir détruit les adhérences

de l'utérus avec les parties voisines et réduit cet utérus, notre collègue ait fait autre chose. Je me demande si une fois les adhérences détruites et la réduction faite, il est utile de raccourcir les ligaments ronds. Je ne le crois pas.

M. Doléris. — L'observation que j'ai résumée est très incomplète; les autres renseignements qu'on lira dans le travail que je prépare expliquent bien des choses. La grossesse ne guérit pas la rétrodéviation, même quand on applique un pessaire, de suite, après l'accouchement. Je ne sais même pas si les adhérences détruites ne pourront pas se reconstituer, si je laisse en rapport des surfaces cruentées.

C'est surtout pour éviter le retour de la rétrodéviation que j'ai cherché à me mettre à l'abri des adhérences.

M. Pinard. — Qu'il me soit permis de dire que, dans aucune des observations que je connais, on n'a vu des adhérences postérieures se reproduire, à cause de la hauteur où l'utérus arrive immédiatement après sa réduction.

Pour ma part, je crois que la rétrodéviation est guérie du fait de la grossesse, et il me semble que l'on n'a rien à gagner à raccourcir les ligaments ronds.

M. Doléris. — La femme qui fait l'objet de cette observation est très grande, avec un énorme bassin qui facilite les prolapsus et les déviations; l'utérus se serait probablement mal réduit, et, en somme, l'opération principale étant faite, les adhérences libérées, cela n'était pas une grosse addition opératoire que de raccourcir les ligaments ronds, et, par ce moyen, d'assurer la persistance définitive de l'attitude normale de l'utérus; car on n'ignore pas qu'une fois l'accouchement effectué, la rétrodéviation est susceptible de se reproduire.

J'en connais de multiples exemples, et j'insiste sur ce point.

M. Pinard. — Cette discussion reprendra certainement quand nous continuerons l'étude, qui est en cours, des rapports de l'hystéropexie avec la grossesse.

J'ai tenu à citer la discussion qui a suivi ma communication, parce qu'elle met en lumière, tout de suite, et en quelques mots, les divers mobiles de l'acte opératoire.

J'ajouterai maintenant les renseignements suivants recueillis sur la malade de cette première observation, le 21 juin 1902, c'est-à-dire un an après l'opération et six mois après l'accouchement.

Etat général bon. L'enfant est magnifique et fatigue beaucoup sa mère, qui s'entête à le porter constamment.

La paroi vaginale antérieure fait une légère saillie pendant les efforts; léger degré de cystocèle. La paroi vaginale postérieure est bien tendue, le périnée solide. L'utérus est en parfaite position. Le releveur de l'anus est peu contractile.

Ce qui est tout à fait remarquable, c'est la petite dimension de l'utérus. Sa cavité mesure tout au juste 6 centimètres à l'hystérométrie plusieurs fois répétée.

En somme, il est évident que tout l'appareil génital a subi une *superinvolution* très nette, qui porte, non seulement sur l'utérus, mais aussi sur l'ensemble. Les tissus sont pauvres, minces, flasques. Néanmoins la statique utérine est régulière et restée telle quelle depuis l'opération. Il faut dire que la femme L. est, elle-même, très maigre, qu'elle nourrit et n'a pas revu ses règles.

THÉRAPEUTIQUE DES FIBROMYOMES UTÉRINS

Par Ed. Pluyette

Chirurgien en chef des Hôpitaux de Marseille.

Les indications thérapeutiques dans les fibromyomes utérins ne sont pas encore établies sur des bases absolument certaines. En effet, tandis que les uns, les prudents de la chirurgie, se basant sur la bénignité de ces tumeurs qui ne se généralisent et ne récidivent jamais après ablation complète, estiment qu'un traitement médical les rend compatibles avec l'existence, les autres, les audacieux du bistouri, pensent avec Gusserow, que le premier devoir est de les enlever afin d'obtenir une guérison radicale.

Cette dernière catégorie de chirurgiens se subdivise à son tour en divers groupes, divergeant entre eux sur le mode opératoire à adopter. Ce qui achève de rendre perplexe le praticien, c'est que, comme l'a dit Delbet, nous sommes bien loin d'être fixés sur la valeur des divers traitements qui ont été imaginés, et Dieu sait s'ils sont nombreux !

Selon les tendances de la chirurgie, selon les caprices du moment, — car la mode n'est pas l'apanage des jolies femmes, les médecins et les chirurgiens y sacrifient volontiers, — on n'opère plus que par le procédé en vogue. Ainsi s'explique pourquoi nous avons vu vanter tour à tour le traitement médical, l'électricité, la ligature des utérines, la myomectomie, l'ablation par hystérectomie vaginale ou abdominale avec ses diverses variétés.

Subissant nous-mêmes, sans doute à notre insu, l'influence de cette atmosphère ambiante, nous avons eu recours pour l'exérèse de ces tumeurs à des procédés variés, et si nous sommes arrivés au même but par des voies différentes, il n'est peut-être pas inutile de considérer aujourd'hui quel est le chemin le plus direct et le moins exempt d'aventures.

Dans ce but, j'ai choisi, dans mes observations déjà assez nom-

breuses de fibromyomes utérins, quelques cas traités tous par des méthodes diverses; après les avoir analysés, je me propose, dans une étude comparative, d'en dégager, si possible, la valeur respective. Il serait trop long d'envisager ici tous les procédés décrits, et je limiterai ce travail, ce qui sera bien suffisant, aux quatre méthodes suivantes : hystérectomie supra-vaginale, hystérectomie abdominale totale, ligature des artères utérines, myomectomie. Je commencerai par donner une observation de chaque type, et j'essayerai ensuite d'arriver à une conclusion.

Observation I

Fibrome utérin. Hystérectomie supra-vaginale.

Mlle Élise J..., repasseuse, 36 ans, est fiancée, mais avant de se marier elle tient à se faire opérer d'une tumeur abdominale, et entre à l'hôpital dans ce but. Elle est vierge, n'a jamais éprouvé de douleurs, a toujours été réglée très régulièrement et ne se croirait pas malade si depuis six mois environ elle ne sentait son ventre grossir. Cette tumeur, dont la malade a parfaitement conscience, est, en effet, très accessible au palper; elle occupe le milieu de l'abdomen, paraît très mobile et sans adhérences.

Le 28 mai 1899, je l'opère avec l'aide de mon interne Fournier. Laparotomie médiane. La tumeur semble interstitielle. Pincement des deux ligaments larges, section entre deux pinces, dissection d'une collerette péritonéale et ablation du fibrome du volume d'une tête fœtale; l'ovaire et la trompe du côté gauche sont enlevés en même temps. Réunion de la tranche sectionnée avec un gros fil de soie par le procédé de Lannelongue (de Bordeaux); suture à la soie fine du péritoine pour recouvrir le moignon. Fermeture de l'abdomen.

Comme opération et comme suite, c'est l'hystérectomie supra-vaginale la plus idéale que j'aie faite. Il n'y eut ni apparence de fièvre, ni l'ombre d'un vomissement. La température n'a dépassé que trois fois 37°,2. L'alimentation commencée le troisième jour fit monter le thermomètre à 37°,9; le lendemain et le surlendemain il montait à 37°,4. Tout le reste du temps la température oscilla entre 36°,8, le matin, et 37°,1 ou deux dixièmes, le soir.

Le 10 juin, c'est-à-dire le quatorzième jour de l'opération, je défis le pansement pour la première fois; la malade était guérie; elle commença à s'asseoir sur son lit. Le lendemain, elle se leva, et le 17 juin, vingtième jour de son opération, elle rentra dans sa famille.

Observation II

Fibrome utérin (variété intra-ligamentaire).
Hystérectomie abdominale totale.

Il s'agit d'une femme de 34 ans, religieuse et vierge, née en Sardaigne, ayant vécu toute sa vie en Italie. Facies amaigri et état général très précaire.

Son affection paraît remonter à cinq ans. Elle a débuté par des douleurs dans les lombes et les cuisses; les règles sont régulières et sans douleur, mais dans leur intervalle il y a des métrorrhagies. Dysurie et constipation expliquées l'une et l'autre par des phénomènes de compression. On constate, en effet, un abdomen volumineux, tendu, avec globe utérin médian simulant un utérus gravide de sept mois. Le diagnostic de fibromyome ne paraît pas douteux.

Bien qu'en Italie, où elle a consulté, on lui ait refusé toute intervention, pronostiquant que l'opération serait mortelle, je décide de pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale.

Le 6 décembre 1901, la malade est chloroformisée et, avec l'aide de mon assistant et ami le Dr Reynès, nous ouvrons le péritoine. La tumeur, de forme ovoïde, à grand axe longitudinal, apparaît sur la face antérieure de l'utérus, car en bas et en arrière on aperçoit le fond de la matrice. J'enfonce le désenclaveur de Delagénière pour soulever la tumeur et commencer, selon l'habitude que j'ai prise depuis quelque temps, par aller lier les utérines. Mais la tumeur résiste à tous nos efforts, il est impossible de la soulever. Je commence à craindre que la tumeur n'ait prit naissance sur le col et que les difficultés opératoires ne soient extrêmes. Le pronostic du confrère italien inconnu me traverse rapidement l'esprit, mais je n'ai pas le temps de m'y arrêter. Je fends la tumeur par le milieu, dans le but de la morceler ; je trouve un plan de clivage, et bientôt, sans aucun effort, la tumeur s'énuclée en entier.

Cette tumeur, du volume d'une tête de fœtus, a été présentée à la Commission scientifique par mon interne M. Giraud, dans la séance du 6 décembre 1901, le jour même de l'opération. J'ai dit alors que la tumeur me semblait provenir du col, mais, après réflexion, je crois qu'il s'agissait plutôt d'un fibrome intra-ligamentaire dont l'origine est d'ailleurs presque toujours le col.

Les douleurs qu'éprouvait la malade depuis cinq ans viennent

à l'appui de cette opinion, car on sait que les fibromes utérins sont plutôt indolores, tandis que les fibromes inclus dans le ligament large produisent des tiraillements douloureux sur les organes avoisinants. Les difficultés opératoires en sont une autre preuve, car ces cas, comme l'a dit Pozzi, sortent de toute règle et l'opération est presque toujours atypique. Ainsi s'explique la résistance que nous avons éprouvée à soulever la tumeur.

Enfin, et c'est pour moi l'argument le plus probant, quand j'eus ainsi décortiqué, décapsulé le fibromyome, je trouvai une coque capsulaire adhérente à la face antérieure de l'utérus, mais n'appartenant ni à la matrice, ni à la vessie, ni au péritoine. Ce fait ne m'avait pas frappé dès l'abord, car je croyais, comme je l'ai dit, à un fibrome du col; mais après la lecture attentive de l'observation rédigée par mon interne, et après réflexion, je conclus à un fibrome intra-ligamentaire.

Pour me débarrasser de cette énorme cavité et de sa coque, je n'hésitai pas à faire l'hystérectomie abdominale totale, qui ne fut marquée que par un seul incident, — incident très ordinaire dans cette variété, — je veux dire l'hémorragie veineuse résultant de la vascularisation des ligaments. Le vagin fut fermé, puis par-dessus lui le péritoine. Le reste de l'opération comme dans une laparotomie ordinaire : 500 grammes de sérum et une piqûre de caféine, vu l'état grave de la malade. Le soir, température 38°5. De nouveau 500 grammes de sérum.

Le deuxième et le troisième jour, la température s'éleva pour atteindre 40° le soir du troisième jour; mais l'état général restant excellent, je cherchai la cause de cette hyperthermie, et je la trouvai enfin à la cuisse dans la piqûre de sérum devenue rouge et en train de s'abcéder.

Le 18 décembre, c'est-à-dire le treizième jour après l'opération, je fis le premier pansement : la réunion était parfaite.

Le 20 décembre, on incisait l'abcès de la cuisse.

Le 22 décembre, le point inférieur de la suture cutanée fournit encore un petit abcès sans gravité qui se tarit rapidement.

La malade a quitté l'hôpital dans les premiers jours de janvier pour rentrer dans son couvent, et j'ai eu l'occasion de la revoir depuis, complètement guérie et ayant déjà amélioré son état général.

Observation III

Fibrome utérin. Ligature de l'artère utérine.

Léonie C..., lingère, âgée de 35 ans, entre dans mon service le 29 janvier 1900. Elle a été réglée à 12 ans, s'est mariée et a eu trois enfants vivants et à terme. Elle avait 31 ans lors de son dernier accouchement. Tandis que les deux premiers enfants sont venus par la tête, le troisième s'est présenté par l'épaule, ce qui aurait nécessité une version par manœuvres externes.

Ce n'est qu'à l'âge de 34 ans, un an avant son entrée à l'hôpital, qu'elle a constaté des ménorragies de plus en plus abondantes. Pour elle, la tumeur ne daterait donc que d'un an, mais on peut se demander si la présentation de l'épaule, trois ans auparavant, n'était pas due justement à un début de fibrome, car les hémorragies, comme on le sait, ne sont qu'une conséquence de l'endométrite concomitante qui a pu n'apparaître que plus tard. Mais c'est là un point évidemment obscur sur lequel je n'insiste pas.

Sa santé générale est bonne, à part une anémie assez marquée et facile à comprendre. La tumeur est très nette, arrondie, occupant la ligne médiane. Ses dimensions ont été prises avec une grande exactitude par mon interne, M. Dumon, et délimitées sur le ventre même de la malade à l'aide du crayon dermographique. Ces précautions étaient nécessaires pour nous rendre compte de la diminution de la tumeur, car j'avais décidé de lier l'utérine au lieu de faire l'hystérectomie supra-vaginale.

Cette tumeur s'étendait du pubis à l'ombilic; quand la peau de l'abdomen était relâchée, elle mesurait 19 centimètres 1/2 de longueur. Quand la peau était tendue, c'est-à-dire collée et remontée sur la tumeur, celle-ci n'atteignait plus tout à fait l'ombilic et mesurait 16 centimètres. Dans le sens transversal elle mesurait 21 centimètres.

Le 2 février 1900, anesthésie au chloroforme, incision au bistouri dans le cul-de-sac latéral gauche de la malade (droit par rapport à l'opération). Je cherche les battements de l'utérine et j'applique à demeure deux pinces à mors courts. Tamponnement à la gaze iodoformée. Le soir, température : 36°4.

Le 3 février, température : 37°1 matin et soir. État général excellent.

Le 4 février matin, température : 36°4. J'enlève les pinces, injection vaginale. Le soir, température : 38°. C'est le point cul-

minant atteint par le thermomètre, et ce fut la seule fois que nous l'observâmes.

On fit tous les jours suivants des injections vaginales et un tamponnement à la gaze. Le thermomètre oscillait le soir entre 37°2 et 37°6.

Le 14 février, douze jours après la ligature, je fis mesurer de nouveau la tumeur qui avait sensiblement diminué.

Le 19 février apparurent les règles; l'écoulement fut notablement réduit. De jour en jour, la tumeur diminue; l'appétit est excellent, l'anémie disparaît de plus en plus.

Le 16 mars, deuxième apparition menstruelle tout à fait normale.

Le 23 mars, la malade demande à sortir. Nous mesurons à nouveau la tumeur. La distance du pubis au sommet de la tumeur, qui avant l'opération nous avait donné 19 centimètres 1/2, la peau relâchée, ne mesurait plus que 13 centimètres, soit une diminution de la tumeur en hauteur de 6 centimètres 1/2 en 49 jours. La même distance, mesurée la peau tendue sur la tumeur, qui nous avait donné 16 centimètres, n'en mesurait plus que 9, soit une diminution de 7 centimètres. Enfin, transversalement, la tumeur avait passé de 21 à 12 centimètres, soit une diminution transversale de 9 centimètres.

La tumeur n'était donc pas complètement disparue, mais elle avait diminué très notablement, et d'autant plus que la dernière mensuration avait été prise au lendemain des règles, c'est-à-dire à une époque où l'appareil génital est encore congestionné.

Le 28 janvier 1901, c'est-à-dire un an moins cinq jours après son opération, la malade vint me consulter de nouveau, me disant que sa tumeur revenait. Je m'empressais de l'examiner et je constatais avec regret une tumeur sus-pubienne. Je fus désappointé ; la ligature n'avait donc que momentanément diminué la tumeur, et celle-ci, après un temps d'arrêt, reprenait sa marche envahissante ; c'était bel et bien une récidive.

Je ne pensais plus à la malade, quand le hasard m'amena, le 19 juin de la même année, auprès d'un blessé habitant la même maison qu'elle au chemin du Rouet. En la revoyant je fus stupéfait des progrès de sa tumeur ; son abdomen était énorme; mais elle fut la première à me rassurer en me disant qu'elle accoucherait de sa tumeur dans deux mois, et, en effet, au mois d'août elle mit au monde un superbe bébé. Ce que j'avais pris pour un récidive était un début de grossesse.

C'était donc la preuve évidente de sa guérison complète. Remar.

quez, en effet, que cette femme se marie, elle a trois grossesses coup sur coup, puis elle reste quatre ans sans devenir enceinte, ou plutôt selon l'expression de Guyon, elle fait une grossesse fibreuse; je lui lie l'utérine gauche, la grossesse fibreuse disparaît et elle recommence à devenir enceinte. Ce fait a, selon moi, toute la valeur d'une expérience.

Observation IV.

Fibrome utérin. Moyomectomie.

Il s'agit encore, dans le cas actuel, d'un fibromyome qui ne s'est révélé par aucun symptôme autre que la tumeur. La nommée Marie B... ménagère, âgée de 38 ans, est d'une santé très florissante, au moins en apparence. Réglée à 13 ans, elle n'a eu depuis que des menstrues normales ; elle se marie à 22 ans, mais n'a jamais eu d'enfants. Je note seulement dans ses antécédents une pleurésie à 25 ans.

Depuis un an elle s'aperçoit que son ventre grossit progressivement, mais sans l'ombre d'une douleur, sans altération aucune dans la menstruation, sans métrorrhagies; elle se rend compte qu'elle a une grosseur abdominale et entre à l'hôpital le 16 janvier 1902, pour se faire opérer.

On sent sur la ligne médiane une tumeur assez volumineuse, mate à la percussion, non fluctuante et très mobile, ce qui laisse espérer que c'est un fibromyome sous-péritonéal. Pas de souffle à l'auscultation. Par le toucher vaginal on peut mobiliser la tumeur avec le col, preuve qu'elle fait corps avec l'utérus. Diagnostic : fibromyome, variété sous-péritonéale.

Le 23 janvier, je l'opère avec l'assistance de mon confrère, le Dr Juge. Anesthésie au chloroforme. Incision de l'abdomen. On aperçoit un premier fibrome assez volumineux implanté sur le fond de l'utérus, puis un second bien moindre, du volume d'un œuf, légèrement en arrière, et enfin un plus petit comme une grosse tête d'épingle.

Dans ces conditions la castration utérine me paraît devoir céder le pas à la myomectomie. Une collerette péritonéale est tracée à la base de la plus grosse tumeur, le fibrome est enlevé et le péritoine suturé ; même procédé pour les deux autres petits myomes et le ventre est refermé.

A la coupe le fibromyome nous présente au centre une vaste cavité contenant une bouillie d'aspect hématique : c'est un début

de dégénérescence nécrobiotique par arrêt probable de la circulation ou par hémorragie.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le soir, température : 37°9. Le 24 janvier, 37°5 le matin, 38°1 le soir; les jours suivants, 37° le matin, 37°5 le soir.

Le 30 janvier, 8e jour de l'opération, — je défis le pansement et enlevai la moitié des fils de suture. Le 3 février, — 12e jour de l'opération, — j'enlevais les derniers fils. La guérison était complète et la malade aurait pu sortir, mais je la gardai encore jusqu'au 10 février. Son séjour à l'hôpital avait été de 21 jours.

Essayons à présent de tirer un enseignement de ces quatre procédés qui nous ont tous donné le même résultat : une guérison complète et même rapide. Mais auparavant, puisque ces observations n'ont été choisies que dans un but thérapeutique, je voudrais dire un mot de la pathogénie de ces tumeurs, pathogénie encore enveloppée dans une profonde obscurité malgré des hypothèses multiples.

Nos quatre opérées ont respectivement 34, 35, 36 et 38 ans, c'est-à-dire l'âge que presque toutes les statistiques s'accordent à donner comme la période la plus fréquente pour le développement de ces tumeurs.

Au point de vue de l'état génital, nous trouvons deux vierges et deux femmes mariées; pour ces dernières l'une est féconde, l'autre inféconde. Je me garderai de conclure sur quatre cas, mais ces cas étant pris au hasard, — au point de vue pathogénique, — on voit que l'opinion de Schumacher, qui estime les fibromyomes proportionnellement plus fréquents chez les célibataires que chez les femmes mariées semble être justifiée. En effet, le nombre des filles vierges de 35 ans est infiniment moindre que celui des femmes de cet âge; or, nous trouvons une égalité de cas, ce qui établit une supériorité marquée pour les vierges.

Abordons un autre problème pathogénique. La stérilité est-elle la cause ou l'effet du fibromyone? Ici nous trouvons trois stériles pour une féconde. Dans ce dernier cas, le fibromyome paraît bien être la cause de stérilité. En effet, cette femme a trois grossesses coup sur coup; survient un myome et les grossesses s'arrêtent; le myome disparait sous l'influence d'une ligature artérielle et la fécondation reprend son cours. Mais, chez les trois femmes stériles, deux sont vierges, et l'autre, mariée depuis 16 ans, n'a jamais eu d'enfant. Ici c'est plutôt cette longue période de

stérilité qui paraît avoir engendré le fibrome. C'est une étude à reprendre sur des données plus vastes.

Après cette courte parenthèse, revenons à la thérapeutique. Je laisserai de côté le traitement dit médical. Tout d'abord, l'expectation, qui n'est pas un traitement, peut avoir l'approbation des malades, mais ne saurait être prise en considération par le praticien. J'accorde pourtant que, dans des cas assez rares, chez certaines personnes âgées et pusillanimes, un fibro-myome petit, inoffensif, puisse être traité par le mépris, mais ce sont là des cas exceptionnels faits uniquement pour confirmer la règle.

La méthode d'Hildebrand par les injections d'ergotine est une méthode d'atermoiements, lente et incertaine; mieux vaut cent fois s'exposer aux aléas d'une laparotomie que de pratiquer, comme dans un cas de Winckel, 1.500 injections sous-cutanées! En faisant une injection tous les deux jours, c'est un traitement de plus de huit années!

Je ne parlerai pas non plus de la méthode d'Apostoli qui n'a jamais guéri personne, et ma conscience n'est jamais troublée par la phrase à effet de Thomas Keith qu'il est criminel de pratiquer l'hystérectomie avant d'avoir essayé l'électricité.

Pour guérir radicalement un fibromyome utérin, il n'y a que deux systèmes : le faire rétrocéder ou l'enlever.

Les médications, dites fondantes, étant un leurre, il ne reste, pour amener la rétrocession des fibromyomes, que deux procédés : l'opération de Battey et les ligatures atrophiantes. La castration ovarienne pour fibrome, ou opération de Battey, a été mise à la mode par Lawson Tait; elle est aujourd'hui à peu près universellement abandonnée; elle peut bien agir sur les hémorragies, faire diminuer le volume de la tumeur, elle ne guérit pas, et ses risques ne sont guère moindres que ceux de l'hystérectomie.

La ligature d'une ou des deux artères utérines est-elle une opération curative? Assurément, et je n'en veux pour preuve que l'observation que je viens de vous citer. Plusieurs de mes collègues s'en déclarent d'ailleurs très satisfaits. Quels sont donc les avantages et les inconvénients de cette méthode?

Au nombre des avantages, je citerai d'abord sa simplicité : elle n'exige point tout l'appareil d'une laparotomie, et, à ce point de vue, elle semble tout indiquée dans la médecine de campagne; son innocuité est absolue quand elle est bien faite, les suites en sont bénignes et elle ne peut qu'être préférée par les malades. Son plus grand mérite, enfin, est de conserver l'intégrité des fonctions

génitales et de permettre à la femme de procréer encore, comme dans l'exemple que je viens de rapporter.

Parmi ses inconvénients, je citerai son inefficacité : la ligature de l'utérine n'est pas toujours curative, elle n'est souvent que palliative, et, une fois l'élément congestif diminué, la tumeur cesse de décroître et reste stationnaire, peut-être même exposée à des phénomènes de dégénérescence nécrobiotique. C'est, de plus, une opération aveugle, qu'on pratique souvent au jugé, au fond d'un cul-de-sac. Or l'utérine est très flexueuse, ses battements ne se perçoivent que rarement, on peut la refoulèr très facilement avec la pince, si bien qu'il peut arriver qu'on ne la pince pas du tout, ou, au contraire, qu'on pince l'uretère. Je confesse que ce dernier accident m'est arrivé une fois, et, depuis lors, je me suis promis de ne plus recourir à un procédé qui, sans ce grave inconvénient, serait incontestablement le plus séduisant.

Puisque je viens de faire table rase des procédés énoncés ci-dessus, il ne reste plus que l'exérèse de la tumeur. Deux voies se sont partagé les faveurs de cette ablation : la voie vaginale et la voie abdominale. Je déclare sans ambage que je ne suis pas partisan de la voie vaginale ; le grand reproche que je lui adresse, c'est qu'on ne voit pas bien ce qu'on fait ; et toute la dextérité des Péan, des Ségond, qui enlèvent par morcellement les tumeurs ne dépassant pas l'ombilic, n'arrive pas à me convaincre que c'est l'opération de choix. N'est-on pas à la merci d'une erreur de diagnostic, toujours possible, ou d'une complication, toujours imprévue, comme des adhérences intestinales dont la rupture peut amener d'irréparables désastres? J'estime, d'ailleurs, que le chirurgien doit travailler à ciel ouvert et non comme une taupe au fond d'un terrier.

Reste donc la voie abdominale ; c'est celle que j'ai employée trois fois sur les quatre observations relatées ci-dessus. Mais ici encore on peut se contenter : 1° d'enlever la tumeur seule ; 2° de l'enlever avec une partie de l'utérus ; 3° d'enlever à la fois tumeur et matrice en totalité.

Je n'hésite pas un seul instant à donner la préférence à la myomectomie, appelée encore énucléation abdominale. Ce procédé est au moins aussi inoffensif que les autres, et il présente cet avantage incommensurable de ne pas priver la femme de sa vie génitale. C'est une des grandes lois de la chirurgie honnête qu'un organe ne doit être enlevé que quand il est impossible de faire autrement. La folie des castrations ovariennes et utérines, qui a parcouru un moment l'Amérique et l'Allemagne, n'a eu

qu'une durée éphémère et, depuis le célèbre discours de Verneuil, on est revenu aux saines traditions édifiées sur le bon sens. Malheureusement la myomectomie n'est possible que pour les fibromyomes sous-péritonéaux et quelques interstitiels bien encapsulés; mais quand elle est praticable, c'est l'opération de choix.

L'hystérectomie supra-vaginale a des indications fort nettes; quand les tumeurs sont multiples, empiétant les unes sur les autres, faisant à la fois saillie dans la cavité utérine et le péritoine, quand la matrice, en un mot, est devenue myomateuse, que la myomectomie n'est pas praticable, que l'utérus est déjà devenu un organe non seulement inutile mais dangereux, c'est à cette opération qu'il faut recourir, et c'est elle, en effet, qui est la plus usitée. Pourquoi cette méthode, qui est sans doute la plus ancienne, n'a-t-elle pas toujours été la méthode de choix ? C'est que son manuel opératoire a subi des modifications progressives et qu'elle n'a pas été à l'origine ce qu'elle est aujourd'hui.

Tout le monde connaît la longue polémique qui s'est élevée entre partisans du pédicule extra-péritonéal et du pédicule réduit; c'est évidemment pour mettre d'accord des adversaires intransigeants qu'on a fait surgir l'hystérectomie abdominale totale, c'est-à-dire la suppressiou du pédicule. L'hémostase provisoire à l'aide d'un lien élastique cravatant la base de l'utérus a été aussi une source féconde en discussions. Aujourd'hui la question me paraît résolue, grâce à la technique suivante qui supprime et le lien élastique et le pédicule : incision du péritoine, soulèvement de la tumeur, dissection en avant et en arrière d'une collerette péritonéale, recherche et ligature des utérines, section supra-vaginale de la matrice, affrontement des tranches utérines sectionnées et péritonisation du moignon : c'est évidemment le procédé qui trouve le plus fréquemment son indication dans les fibromyomes.

L'hystérectomie abdominale totale doit être considérée comme un pis-aller; on ne doit y recourir qu'en dernière ressource dans les fibromyomes descendant trop bas pour permettre la conservation du col, dans la variété intra-ligamentaire lorsqu'il est impossible de faire un pédicule.

Pour résumer cette trop longue discussion sur la thérapeutique des fibromyomes utérins, je dirai que la myomectomie est l'opération de choix; quand elle est impraticable, c'est à l'hystérectomie supra-vaginale qu'il faut recourir, l'hystérectomie abdominale totale devant être réservée pour des cas exceptionnels.

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE SANS PINCES

Par le Dr H. INGLESSI

HISTORIQUE

Si l'on excepte les tentatives de Sauter (de Constance) (1822), qui enleva l'utérus sans faire d'hémostase, mais dont l'opérée cependant survécut, et celles de Hœlscher (1824), de Siebold (1824 et et 1825), de Langenbeck (1825), de Blundell (1828), de Banner (1828) et de Lizars (même année), on peut dire que l'hystérectomie vaginale date de Récamier, car c'est ce chirurgien qui, le premier, fit cette opération à l'aide de ligature, le 26 juillet 1829.

Secheyron, dans son Traité classique d'hystérectomie (1), la décrit de la façon suivante : « Récamier coupait de haut en bas les deux tiers supérieurs des ligaments larges, en rasant les bords de l'utérus, jusque vers le sillon qui les sépare du col, puis, avec une aiguille courbe montée sur un manche, il passait un fil fort sur le tiers inférieur avant de le sectionner. » Une telle hémostase était bien insuffisante, puisque nous savons que l'utérus reçoit à la partie supérieure du ligament large quelques branches vasculaires provenant de l'artère utéro-ovarienne.

En 1829, Gendrin, dans un mémoire, propose de commencer par la découverte de l'artère utérine, c'est dire qu'il procédait de bas en haut pour assurer son hémostase.

La même année paraissait un mémoire de Tarral préconisant la ligature en masse du ligament large.

Clément d'Avignon, l'année suivante (1830), nous donnait une technique remarquable de l'hystérectomie vaginale avec ligatures.

Il expose ainsi son procédé : 1° placement d'une pince-érigne 2° abaissement de l'utérus ; 3° incision du vagin ; 4° dissection du tissu cellulaire avec les doigts pour séparer la vessie et le rectum de l'utérus avant d'entreprendre les ligatures artérielles, d'où facilité plus grande pour agir sur les ligaments larges, pour abaisser et

(1) Secheyron, *Traité d'hystérectomie par la voie vaginale*, Paris, 1889.

renverser la matrice; 5° renversement en avant de l'utérus; 6° section des ligaments larges, et ligature isolée des vaisseaux. Clément décrit ainsi ce temps de l'opération :

« Un aide maintient le ligament large, tandis que je l'incise de bas en haut en rasant l'utérus. Je saisis avec un crochet de Bronfield chaque vaisseau aussitôt qu'il est divisé et je le lie sans attendre la complète section du ligament. »

Mais les échecs nombreux qui survinrent consécutivement à ces premières tentatives opératoires firent tomber l'opération d'hystérectomie vaginale dans le plus profond discrédit et pendant une cinquantaine d'années elle ne fut plus guère pratiquée. Nous arrivons ainsi aux travaux relativement récents qui datent de 1880 et des années suivantes, travaux entrepris spécialement en Allemagne.

Czerny, le premier, refit en 1879 cette opération et adopta comme méthode, à l'exemple de Récamier, la ligature préventive des ligaments larges.

Il est suivi par Wœlfler (1880). Schrœder (1880) sectionne le ligament large entre deux ligatures, et complète l'hémostase, en faisant sur la tranche de ces ligaments la ligature des vaisseaux principaux au fur à mesure qu'ils se présentent.

Cette même technique est suivie à Vienne par Billroth qui lie successivement les vaisseaux du ligament large à l'aide de fils de soie très longs.

Fritsch, de Breslau, en 1883, indique un procédé d'hystérectomie vaginale consistant dans l'application de deux rangées de ligatures avant la section de l'organe; il pratiquait ainsi trois ou quatre ligatures de chaque côté, chaque ligature enserrant une portion des tissus pris dans la précédente.

De Sinéty[1] (1884) recommande également les ligatures; il divise le ligament large en trois faisceaux qui sont étreints par des fils de soie maintenus longs.

Cette même technique de l'hystérectomie vaginale par les ligatures, fut adoptée primitivement par Péan ainsi qu'en témoigne la thèse de son élève Gomet (1886)[2].

Vers la même époque, Terrier, d'après Secheyron[3], recommande de pratiquer l'hémostase des ligaments larges, par une ligature en chaîne de deux ligaments.

Von Teuffel fait la ligature en masse des ligaments larges, en

[1] De Sinéty, *Traité pratique de gynécologie*, Paris, 1884.
[2] Gomet, *L'hystérectomie vaginale en France*, Thèse, Paris, 1886.
[3] Secheyron, *Loc. cit.*

attirant successivement la matrice de chaque côté. C'est aussi la pratique préconisée par Müller, qui sectionne au préalable l'utérus en deux moitiés sur la ligne médiane, et par Baum qui y associe l'hémostase provisoire par la compression de l'aorte.

Duvellius fait aussi la ligature préalable des ligaments larges avant de pratiquer l'ablation de l'utérus. Il place de chaque côté de la matrice trois ligatures qui traversent le cul-de-sac latéral du vagin, vont embrasser le ligament large et reviennent dans le cul-de-sac vaginal. Un certain nombre de chirurgiens allemands tentèrent de remplacer ces ligatures au fil de soie par des ligatures élastiques, ou même par des ligatures avec des fils métalliques; c'est ainsi qu'Olshausen, en 1884, proposa la ligature élastique en masse.

Hégar et Kaltenbach[1] firent également une ligature élastique en masse, mais ces auteurs ne considéraient cette méthode que comme un temps provisoire, et remplaçaient la ligature élastique par des ligatures définitives au fil de soie.

En 1886, Jennings[2] conseilla à son tour la ligature provisoire en masse du ligament large, suivie de ligatures isolées définitives, ou de l'application des pinces hémostatiques.

En France, sous l'influence des travaux de Péan et surtout de Richelot, qui fut le véritable promoteur de la méthode essayée une première fois par Spencer-Wells, l'hystérectomie vaginale fut, à partir de 1887, régulièrement pratiquée à l'aide de pinces; toutefois la technique varia un peu. Le premier modèle de pinces employé par Richelot était une pince courbe à longues branches, saisissant dans sa totalité toute la hauteur du ligament large. Peu à peu des modèles plus perfectionnés, à mors plus courts et à branches plus rigides furent adoptés avec quelques variantes par Péan, Segond, Doyen. L'hémostase des ligaments larges était ainsi assurée par une série de pinces placées en étages sur la tranche du ligament large. Ces pinces étaient autrefois appliquées en grand nombre, mais depuis on les a réduites au strict nécessaire, deux, quelquefois trois de chaque côté.

Ce procédé de l'hystérectomie vaginale avec hémostase à l'aide de pinces à forcipressure est encore à l'heure actuelle adopté et considéré comme le procédé de choix par la majorité des chirurgiens de l'école de Paris. Cependant, dans ces dernières années, à mesure que les techniques se sont perfectionnées, de

[1] Hegar et Kaltenbach, *Traité de gynécologie opératoire.*

[2] Jennings. Ch. E., On the excision of the entire uterus for cancer. *Lancet*, 1886, n°s 15 et 16, p. 682 et 825.

nombreux chirurgiens ont proposé de substituer aux pinces à demeure, des fils de ligatures placés d'une façon plus méthodique sur les principaux vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur du ligament large.

A l'étranger, et particulièrement en Allemagne, en Amérique, en Belgique et en Italie, les hystérectomies sont régulièrement pratiquées à l'aide de ligatures. Hofmeier[1], dans son Traité de gynécologie opératoire, préconise les ligatures et décrit minutieusement son procédé. Après avoir libéré le col, il va avec l'index gauche à la recherche de la base du ligament large.

Pour que cette base soit mieux apparente, il fait porter le col du côté opposé et repousse les parois vaginales avec une valve. Il passe alors à ce niveau un fil avec une aiguille de Deschamps et le serre fortement, puis il sectionne entre la ligature et le col. Il recommence la même manœuvre au-dessus, et lorsque l'utérus est libéré d'un côté on répète les mêmes temps du côté opposé. Hofmeier termine son opération en suturant les moignons du ligament large au vagin pour rétrécir la plaie vaginale.

Léopold[2], en 1897, rapporte que depuis 1887 il a pratiqué 75 hystérectomies vaginales pour fibromes : deux opérées seulement sont mortes. Il fait l'hémostase préventive par ligatures échelonnées des ligaments larges.

Dœderlein[3] discute les avantages respectifs de l'emploi des ligatures et de celui des pinces; il reconnaît à celles-ci l'avantage de la simplicité et de la rapidité opératoire, mais d'autre part il insiste sur les inconvénients qui en résultent pour les malades, et sur la bénignité plus grande des suites des opérations pratiquées à l'aide de ligatures; en sorte que ce dernier procédé est pour lui le procédé de choix et il réserve l'emploi des pinces aux cas complexes, dans lesquels le placement des ligatures lui paraît trop difficile.

Sur 364 cas d'hystérectomies vaginales totales pour lésions diverses, il en a fait 170 avec des ligatures, 140 avec des pinces, le reste avec les deux combinées, sa statistique comprend 2,9 % de morts avec le premier procédé et 6,1 % avec les autres.

[1] HOFMEIER, *Manuel de gynécologie opératoire*, 1889, p. 296 et suiv.

[2] LÉOPOLD, *Archiv für Gynæk.*, 1896, Bd. LII, p. 497, et *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897.

[3] DŒDERLEIN, *Bull de la Soc. de médecine et de chirurgie pratiques*, 30 mars 1899 : Rapport de M d'Hotman de Villiers : Note sur 90 cas d'Hystérect. vaginale pour fibromyomes — Id. *Centr. für Gynæk.*, 1897, et *Revue de Gynécologie et de chirur. abdominale*, 1897.

Schede, Wœlfler, Mickulicz, Martin [1], font des ligatures multiples des ligaments larges. Le procédé le plus classique en Allemagne est celui de A. Martin.

Herzfeld [2] publie la statistique de 70 hystérectomies vaginales avec 70 succès. Après avoir fait la suture de la tranche vaginale postérieure avec le feuillet péritonéal correspondant, il pratique successivement la ligature des vaisseaux utérins, puis celle des vaisseaux utéro-ovariens, plaçant trois ligatures de chaque côté, et termine par la suture de la tranche péritonéale antérieure et la fermeture complète de la brèche péritonéale.

Schauta [3] fait la ligature en deux ou trois portions de la région de l'artère utérine.

Fritsch, en 1902[4], recommande également la ligature des ligaments larges en une ou trois parties, de façon que la ligature inférieure prenne toujours une partie du tissu saisi par la ligature supérieure. On a soin de laisser des moignons assez longs pour qu'ils ne puissent pas s'échapper de la ligature.

En Russie, Schtrauch [5] applique une ligature élastique avec un caoutchouc gros comme le petit doigt sur toute l'épaisseur du ligament large; pour empêcher le caoutchouc de se desserrer il place un fil de soie sur le nœud élastique et le serre fortement. En outre pour que le moignon ne puisse glisser et fuir sous l'étreinte, on le conserve aussi long que possible en faisant porter, si c'est nécessaire, la section en plein tissu utérin.

Dmitri de Ott [6], au Congrès international de médecine de Paris, 1900, se déclare partisan des ligatures, qu'il emploie presque constamment : « Nous ne nous servons, ajoute-t-il, des pinces hémostatiques que dans des cas exceptionnels, ou pour les démontrer à l'auditoire. »

En Amérique, Baldy [7] conseille les ligatures, qu'il applique au nombre de trois ou quatre de chaque côté, successivement de

[1] Malapert, Thèse, Paris, 1893.

[2] Herzfeld, Indications, manuel opér. et résultats de l'hyst. vaginale totale. *Wiener med. Presse*, 1898, p. 2, 11. *Ib.*, *Revue de gyn. et de chirur. abdominale*, 1898.

[3] Schauta, Congrès d'Amsterdam, 1899; Traitement des fibromes. *Ann. de gyn. et d'obstétr.*, 1899.

[4] Fritsch, *Traité des maladies des femmes*, trad. J. Stas, Paris, 1902.

[5] Schtrauch, *La ligature élastique dans l'hystérectomie vaginale. Revue de gynécologie*, 1899, p. 188.

[6] Dmitri de Ott, Rapport sur le trait. chirur. du cancer de l'utérus. 13e Congrès des Sc. méd., Paris, 1900.

[7] Baldy, *American Jour. of Obstetrics*, 1893.

bas en haut, en sectionnant chaque fois le ligament entre la ligature et l'utérus. En terminant, il attire les moignons en bas et les comprend dans la suture par laquelle il ferme le vagin.

J.-M. Cosh[1] préconise également les ligatures de préférence aux pinces, à moins qu'on ne soit forcé d'employer des clamps. Il se sert de soie fine plutôt que de catgut.

Howard Kelly[2] lie les ligaments larges à la soie, plaçant deux ou trois ligatures de chaque côté. Ces ligatures sont faites d'abord de bas en haut sur l'un des côtés, et continuées de haut en bas sur le côté opposé.

Frédéric Holme Wiggin[3] adopte une méthode très précise. Après avoir fait basculer l'utérus, il découvre l'artère utéro-ovarienne et en fait la ligature au moyen d'une aiguille courbe armée de catgut, en la dénudant le plus possible. Les fils sont noués et les chefs coupés courts. Le ligament rond est lié de la même manière avant d'être sectionné; on fait enfin l'hémostase des artères utérines le plus près possible des parois de l'utérus et l'on divise les tissus qui restent. Le vagin, après l'ablation de l'utérus et des annexes, est fermé par une suture.

En Angleterre, Ch.-E. Jennings[4] fait une ligature en masse provisoire du ligament large avec une anse de soie phéniquée serrée à l'aide d'un plomb perforé qu'on écrase; il place ensuite soit des ligatures soit des pinces. Pour éviter les épanchements sous-séreux, il passe ses fils à l'aide d'une aiguille mousse.

Arthur Helme[5] fait la ligature et la section par étages ascendants des ligaments larges, alternativement d'un côté et de l'autre, jusqu'à ce que le péritoine soit ouvert en avant et en arrière. Trois ligatures suffisent ordinairement pour toute la hauteur du ligament et sont laissées longues au-dessous du péritoine, courtes au-dessus. Le vagin est fermé au milieu et les moignons fixés dans les espaces latéraux par où passent les fils des ligatures.

Walther[6] fait aussi l'hystérectomie vaginale en suturant les ligaments larges à la soie.

[1] J.-M. Cosh, Résultats de l'hystérec. vagin. *American Journ. of Obstetr.*, 1893.

[2] Howard Kelly, *American Journ. of Obstetr.*, New-York, 1893.

[3] Fred. Holme Wiggin, L'hystérectomie envisagée principalement par la voie vaginale. *Semaine gynécologique*, 1897, p. 88, et *New-York med. Journ.*, 1896, 22 août.

[4] Ch.-E. Jennings, *loc. cit.*

[5] Arthur Helme, Technique de l'hystérectomie vaginale, *British med. Journ.*, 1896. et *Semaine gyn.*, 31 oct. 1896.

[6] Walther, Soc. gyn. et obstétr. du nord de l'Angleterre, *Semaine gyn.*, 1898.

F.-J.-M. Cann[1], après avoir isolé l'utérus en avant et en arrière, place une ligature sur chaque utérine et sectionne les ligaments larges en dedans pour pouvoir abaisser plus facilement l'organe. Il termine en faisant basculer l'utérus et en posant un clamp sur le bord supérieur du ligament large, soit en dedans, soit en dehors des annexes.

En Italie, Bossi[2] discute les avantages réciproques des ligatures et de la forcipressure. Sa méthode ne paraît pas très arrêtée puisqu'il lui arrive d'employer les deux moyens au cours d'une même opération. Néanmoins il commence toujours par faire les ligatures et n'associe les pinces par la suite que si les conditions anatomiques du cas paraissent l'exiger.

Ruggi [3] fait la ligature en chaîne au catgut de chaque côté en coupant peu à peu le ligament large.

Michelini, de Gênes[4], a pratiqué chez une femme de 8 mois une hystérectomie vaginale avec applications de ligatures successives de bas en haut sur le ligament large.

En Belgique, Jacobs [5] fait l'ablation de l'utérus par bascule antérieure ou abaissement progressif en plaçant une série de pinces, puis, « l'extirpation terminée, dit-il, nous restons en présence de 6 à 8 pinces à forcipressure.

« Immédiatement nous remplaçons ces instruments par des ligatures à la soie très forte. Nous plaçons ces ligatures en dehors des pinces. Alors que le fil est mis en place, un assistant ouvre la pinces hémostatique lentement et prudemment pendant que nous serrons notre ligature sur le moignon pris dans la pince. Nous avons soin de laisser les extrémités des fils très longues. »

En France, l'école lyonnaise, sous l'influence de travaux du professeur Laroyenne, adopte en majeure partie l'hystérectomie vaginale à l'aide de ligatures.

Bisch[6], élève de Laroyenne, préconise la ligature en trois étages du ligament large. On termine d'abord un côté, puis on lie le côté opposé.

[1] J.-M. Cann, Pincement et ligat. dans l'hystérect. vaginale pour cancer de l'utérus. *British med. journ.*, 3 sept. 1898.

[2] L.-M. Bossi, Sur la technique de l'hystérect. vag. *Annali di Ost. e ginec.*, 1897. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1898.

[3] G. Ruggi, Delle isterectomie vaginali eseguite col metodo proprio. Procédé personnel d'hystérect. vag. Rome, 1898. *Revue de gyn., et de chir. abd.*, 1899.

[4] Michelini, *Annales de gynéc. et d'obst.*, 1889, p. 183 et suiv.

[5] Jacobs, De l'hystérect. vag. *La Policlinique. Semaine gyn.*, 1896, p. 223.

[6] Bisch, *Le cancer primitif du corps de l'utérus.* Thèse, Lyon, 1891-92.

Gouilloud [1] fait 4 pédicules, 2 pour les utérines, 2 pour les utéro-ovariennes. Il commence par lier les utérines, puis sectionne les ligaments larges en dedans de ces premières ligatures. Il fait ensuite basculer l'utérus en avant, de façon à l'ammener à la vulve; on lie alors le pédicule supérieur, soit plus en dehors sur le ligament infundibulo-pelvien.

Dès 1887, Demons, de Bordeaux, recommandait l'emploi des ligatures au catgut.

J. Bœckel [2] qui, en 1884, à la Société de chirurgie, recommandait la ligature en masse de chaque ligament large à la soie phéniquée, revient sur cette technique au Congrès de chirurgie de Paris, 1893.

Chalot [3], dans son *Traité de médecine opératoire* (1880), décrit les différentes techniques d'hystérectomie vaginale et indique pour la méthode des ligatures, le procédé suivant : ligatures à la soie du ligament large par étages successifs de bas en haut en se servant d'une aiguille de Deschamps.

Trois ligatures sont posées de chaque côté et on coupe au fur et à mesure qu'on a lié en ayant soin de laisser les moignons assez volumineux.

Duret et son élève Debuchy [4], à Lille, décrivent ainsi leur procédé d'hystérectomie vaginale : abaissement et amputation du col suivant la méthode d'hystérectomie vaginale de P. Segond, puis des ligatures sont immédiatement posées sur les deux utérines; ils font ensuite la section médiane de l'utérus et lient finalement les artères utéro ovariennes. Duret se déclare partisan convaincu des ligatures qu'il emploie exclusivement.

Pauchet d'Amiens [5] vante les avantages de l'hystérectomie vaginale par la méthode des ligatures. Les indications de ce procédé sont pour lui les cas où le vagin est large, les ligaments non friables, lorsqu'il y a nécessité de faire suivre l'hystérectomie d'une restauration du plancher pelvien, et quand l'extirpation de l'utérus et des annexes n'aura pas été trop laborieuse pour contre-indiquer un complément opératoire de quelques minutes. Quant aux avantages de la méthode, il les apprécie ainsi : « Avec les

[1] Gouilloud, Hystérect. vag. pour cancers utérins. *Lyon médical*, 1891, p. 192.

[2] J. Bœckel, Hystérect. vag. pour cancer du col. *Bull de la Société de chirurgie*, 1884, p 447, et Congrès de chirurgie. Paris, 1893.

[3] Chalot, *Traité de médecine opératoire*, Paris. 1898.

[4] Duret, *in* Debuchy. *Jour. des Sciences méd. de Lille*, 1896, p. 421. Hystérect. vag. pour fibromes utérins, id., p. 512, note.

[5] Pauchet, Hystérect vag. à l'aide de ligatures, *Sem. gyn.*, 1897, p. 395.

ligatures, pas d'hémorragies après l'opération, pas d'hémorragies secondaires à l'ablation des pinces, aucune nécessité de sonder les malades pendant 48 heures, pas de pinces à retirer, pas d'escarres produites par les pinces. L'arsenal instrumental est des plus réduits; les soins post-opératoires peuvent être confiés à n'importe quelle garde-malade; la malade peut se lever au dixième jour, l'écoulement vaginal est insignifiant. »

Lorsque Pauchet a recours à l'emploi des ligatures, il pratique de préférence l'hémisection totale de Quénu-Müller, car il lui est plus facile de pédiculiser le ligament large en tenant fortement une moitié de l'utérus dans la main gauche. Traversant le ligament en son milieu avec une anse double de soie forte, il fait une ligature en chaîne, sépare l'utérus d'un coup de ciseau et entoure le moignon d'un nouveau nœud pour plus de sécurité. Finalement le vagin est fermé et les moignons sont compris dans la suture.

A Paris, M. le professeur Pozzi a, pendant longtemps, employé les ligatures dans l'hytérectomie vaginale et il décrit minutieusement son procédé dans la deuxième édition de son *Traité de Gynécologie*. Malgré la réaction qui s'est produite en faveur des pinces parmi les chirurgiens de l'école de Paris, on peut dire que, reconnaissant de nombreux avantages à cette méthode, il a été un des derniers opérateurs qui l'ont employée dans cette école.

M. Quénu [1], à la Société de chirurgie (1892), montre les avantages de son procédé d'hémisection médiane et ajoute : « Quant à l'hémostase définitive, elle devient des plus aisées, soit qu'on place des pinces à demeure, soit qu'on lie à la soie, comme j'aurais de plus en plus une tendance à le faire. »

M. J.-L. Faure [2], en 1896, a décrit un procédé d'hystérectomie vaginale pour les cas où l'utérus peut facilement s'abaisser. On fait la section médiane totale de Müller-Quénu, ou l'hémisection antérieure de Doyen, puis on sectionne le ligament large transversalement en une série d'étages sur lesquels on jette des ligatures solides, supérieures, disait-il, aux pinces à demeure. Cependant, dans son Traité de la *Chirurgie des annexes de l'utérus* [3] (Paris, 1902), ce chirurgien s'exprime de la façon suivante : « Je ne dirai rien des procédés employés surtout à l'étranger, dans lesquels l'hémostase est faite par des ligatures. J'estime que l'emploi des pinces à demeure est très supérieur, et au point de

[1] Quénu, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1892, p. 333.

[2] J.-L. Faure, *Semaine gyn.*, 1896, p. 349, et *Presse méd.*, 1896, 24 oct. Nouveau procédé d'hyst. vag.

[3] J.-L. Faure, *Chirur. des annexes de l'utérus*, Paris, 1902.

vue de la facilité opératoire, et au point de vue de la sécurité de l'hémostase. Les résultats ultérieurs ne sont pas moins bons, et Richelot nous a rendu à mon avis un inappréciable service en combattant comme il l'a fait autrefois pour l'emploi des pinces à demeure contre les ligatures. »

Longuet[1] a proposé de faire une ligature de l'artère utérine à la base du ligament large avec l'aiguille de Cooper et d'appliquer une pince à la partie supérieure du ligament large.

Pichevin[2] s'est montré également partisan de la ligature, dont l'emploi lui paraît préférable à celui des pinces. Dès 1895, dans la *Gazette médicale de Paris*, ce même auteur, après avoir énuméré les dangers et les causes des hémorragies dans l'hystérectomie vaginale avec forcipressure, conseillait d'employer les ligatures.

Doyen[3], de Reims, enfin préconise l'emploi des ligatures, mais après avoir fait au préalable l'écrasement des ligaments à l'aide de son vasotribe. L'écraseur est appliqué successivement sur l'étage inférieur du ligament large gauche, puis sur le droit au même niveau et serré à fond On fait ensuite l'hémisection antérieure et la bascule en avant de l'utérus. Après avoir placé provisoirement une pince élastique en dehors des annexes, on enlève ces dernières avec l'utérus et on écrase le bord supérieur du ligament large. Sur ce ligament considérablement réduit par la pression du vasotribe, on place une ligature en masse à l'aide d'un seul fil de soie fine.

Ce dernier procédé, procédé mixte pour ainsi dire, utilisant à la fois les avantages de la forcipressure et ceux de la ligature, est, théoriquement, excellent. Sur un ligament large ainsi réduit par la pince écrasante, la ligature en masse n'offre plus les dangers de l'hémorragie secondaire, et a tous les avantages d'une méthode simple et rapide. Le principal inconvénient de ce procédé, outre l'emploi d'un instrument spécial et d'un maniement assez difficile, est de ne pas pouvoir s'appliquer à tous les cas; lorsque le vagin est étroit, l'utérus et les annexes difficilement abaissables, les poches salpingo-ovariennes volumineuses, il devient très malaisé de placer les mors épais du vasotribe sur le ligament large en dehors des annexes pour en effectuer l'écrasement.

En résumé, à l'heure actuelle, l'hystérectomie vaginale n'est guère pratiquée à l'étranger qu'à l'aide de ligatures à la soie ou

[1] LONGUET, *Progrès médical*, 1898, 8 oct.; *id.*, *Progrès médical*, 1899, 9 sept.
[2] PICHEVIN, *Semaine gynéc.*, 1899, p 378; *id.*, *Semaine gynéc.*, 1899.
[3] DOYEN, Congrès internat. d'Amsterdam, 1899, *Annales de gyn. et d'obstétrique*, 1899, p. 220 et suiv.

au catgut placées en masse, plus souvent par étages sur les ligaments larges. En France, l'école de Paris est restée fidèle à la méthode de Richelot, c'est-à-dire à l'emploi des longues pinces à forcipressure maintenues à demeure pendant 48 ou 72 heures. Mais dans différents centres chirurgicaux, en particulier à Lyon et à Lille, nous voyons se dessiner une tendance très marquée vers l'emploi des ligatures définitives.

CRITIQUE DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS D'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

L'hystérectomie vaginale par le procédé des pinces à demeure, telle qu'elle est pratiquée actuellement par MM. Bouilly, Richelot, Segond, a fait ses preuves ; c'est une excellente opération qui donne les meilleurs résultats. La mortalité opératoire est extrêmement réduite, les accidents qu'elle entraîne sont presque nuls. C'est ainsi, par exemple, que les blessures de la vessie et de l'uretère sont à l'heure actuelle tellement rares qu'elles ne constituent pas un inconvénient de la méthode. Quant aux suites éloignées, elles sont elles-mêmes la plupart du temps des plus favorables.

Mais cependant, ce que je voudrais faire ressortir, c'est que ces bons résultats évidents sont dus aux perfectionnements sans cesse apportés à la technique de l'hystérectomie vaginale, perfectionnements tels, qu'ils en font de nos jours une opération à la fois simple et bénigne.

Cela étant reconnu, il n'en est pas moins vrai que l'emploi des pinces à demeure présente un certain nombre d'inconvénients qui, pour ne pas avoir une importance capitale, n'en existent pas moins et ont déterminé bon nombre de chirurgiens à renoncer à cette méthode.

Parmi ces inconvénients, le plus important à mon avis, celui qui attire tout d'abord l'attention, c'est l'état douloureux dans lequel vivent les malades pendant les quarante-huit heures que leurs pinces séjournent dans le vagin. Tous les chirurgiens de bonne foi accorderont que toutes les opérées « souffrent de leurs pinces » à des degrés d'ailleurs très variables, et que, si réduite que soit cette souffrance dans des cas assez rares, les malades ne se trouvent véritablement bien que lorsque leurs pinces ont été enlevées.

Certes, la réduction du nombre de pinces appliquées a été dans ce sens un grand progrès. Qu'on se souvienne qu'au Congrès international d'Amsterdam, Doyen démontrait observations en main

que Péan, le père de la méthode, plaçait en moyenne vingt pinces vaginales pour chaque hystérectomie. A l'heure actuelle ce nombre se réduit à deux, quatre, ou six tout au plus, et encore dans ce dernier cas faut-il remarquer que deux au moins de ces pinces sont petites, légères et en quelque sorte accessoires.

Non seulement, d'ailleurs, le nombre des pinces a été réduit au strict nécessaire, mais leur volume aussi a été bien diminué.

On a depuis longtemps renoncé aux longues pinces courbes, lourdes et traumatisantes, du premier modèle de Richelot. L'hémostase est faite actuellement d'une façon plus précise et on peut dire plus parfaite à l'aide de pinces droites à mors courts. M. Bouilly s'est efforcé encore de réduire l'inconvénient des pinces à demeure en les attirant le plus possible dans le vagin. L'hémostase achevée, ce chirurgien exerce une traction douce sur les deux ligaments larges à l'aide des pinces, et, fermant ensuite le vagin sur la ligne médiane, les clamps et les moignons vasculaires qu'ils étreignent arrivent ainsi à être placés presque complètement en dehors de la cavité péritonéale au fond du vagin. D'autres chirurgiens protègent la masse intestinale et la séreuse péritonéale contre l'action traumatisante des pinces en entourant soigneusement chaque pédicule et le clamp qui lui correspond d'une mince mèche de gaze stérilisée; de cette façon on arrive à isoler assez parfaitement toute la région des pinces.

Mais, malgré toutes ces précautions, je le répète, les malades souffrent de la présence de ces instruments,et si, grâce à ces perfectionnements de la technique,on évite la compression et la gangrène de l'intestin, comme cela se voyait assez fréquemment autrefois, il est plus difficile d'empêcher l'altération des parois vaginales et de l'orifice vulvaire par le contact prolongé des branches métalliques. Si bien que lorsqu'on enlève les pinces au bout de quarante-huit heures, on observe fréquemment une petite plaque de sphacèle sur la paroi vaginale et à la fourchette.

De plus toute la portion du ligament large qui a été étreinte dans les mors des clamps est vouée au sphacèle. Il en résulte la formation, dans le fond du vagin, c'est-à-dire au niveau de la zone qui se cicatrise, d'escarres plus ou moins larges, plus ou moins épaisses suivant les cas, et dont l'élimination peut parfois se prolonger pendant des semaines.

Il faut ajouter à cela un accident que presque tous les gynécologistes qui font l'hystérectomie vaginale par ce procédé, ont eu l'occasion d'observer, à savoir la *rupture d'un des mors d'une pince.* Je ne parle pas ici du « dérapage » des pinces, comme l'on dit

vulgairement; les modèles d'instruments que nous avons actuellement, plus solides, mieux compris et aussi mieux construits, n'exposent guère à ce danger si on a soin de les serrer « à bloc ». La rupture d'un des mors est, au contraire, un accident inévitable même avec les modèles les mieux construits, et tout à fait indépendant de l'opérateur. Si la rupture se produit au cours même de l'opération, il est facile d'y remédier en appliquant immédiatement une nouvelle pince; mais si, comme cela arrive quelquefois, cette rupture ne se produit que dans les heures qui suivent, elle peut être la cause d'une hémorragie des plus graves. Il faut reconnaître d'ailleurs que c'est là un accident exceptionnel et dont il ne faut pas s'exagérer l'importance.

Il n'en est pas de même des *hémorragies* qui surviennent au moment de l'enlèvement des pinces. C'est habituellement au bout de quarante-huit heures que l'on procède à cet enlèvement.

Certains chirurgiens, préoccupés par la possibilité de ces hémorragies, commencent par déclencher seulement les pinces, puis, si au bout d'une heure ou deux aucun suintement sanguin n'est apparu, procèdent à leur ablation définitive. D'autres conseillent de n'enlever les clamps qu'au bout de soixante ou soixante-douze heures seulement. Mais il ne semble pas que cette précaution mette davantage à l'abri de l'hémorragie : elle a de plus l'inconvénient de prolonger d'une journée la période douloureuse, ce qui n'est point négligeable. Lorsqu'elle se produit, l'hémorragie peut être minime, ou très abondante, et même mortelle. Minime, c'est un simple suintement sanguin qu'un léger tamponnement vaginal, associé à l'immobilité absolue de la malade pendant la première journée, suffit à combattre dans l'immense majorité des cas.

Il n'en est pas de même de l'*hémorragie abondante et grave*.

Celle-ci résulte de la non-oblitération d'un vaisseau artériel important.

Pour une raison quelconque le caillot ne s'est pas formé, ou bien il n'a aucune consistance, et, les pinces à peine enlevées, le vagin se remplit de sang. Tous ceux qui ont eu à faire de ces hémostases secondaires savent l'extrême difficulté qu'il y a à retrouver la tranche du ligament large qui saigne et à voir le ou les jets artériels qu'il faut arrêter sans délai par l'application directe d'une nouvelle pince sur le ou les vaisseaux qui saignent. Malgré ces difficultés, le plus souvent on arrive ainsi à faire l'hémostase; cependant il y a un certain nombre de cas dans lesquels le chirurgien a été obligé de faire séance tenante une

laparotomie pour assurer l'hémostase. Il est inutile d'insister sur les conditions défavorables dans lesquelles cette opération est pratiquée et par suite sur sa gravité exceptionnelle.

Je ne parlerai pas longuement du procédé d'hystérectomie vaginale par l'*angiotripsie* suivant la méthode de Doyen que nous avons exposée plus haut, c'est-à-dire par le procédé mixte de l'écrasement, et de la ligature du ligament large réduit par l'écrasement. Je l'ai dit tout à l'heure, cette méthode brillante et simple paraît excellente, car elle met à l'abri des hémorragies tout en supprimant les pinces. Elle a par contre l'inconvénient d'exiger une pince spéciale, d'un maniement peu commode et surtout de ne pouvoir s'appliquer aux cas où l'on a affaire à un vagin étroit et à des masses utéro-annexielles difficilement abaissables.

Les *ligatures* remplaçant les pinces ont tous les avantages de ces dernières pour assurer l'hémostase immédiate, et suppriment les deux inconvénients principaux que nous avons indiqués : les douleurs et les hémorragies secondaires.

Ce qui pendant de longues années a jeté un discrédit fâcheux sur le procédé de l'hystérectomie vaginale avec les ligatures, c'est la fréquence de l'hémorragie; et en effet la plupart des techniques qui ont été proposées sont défectueuses.

Sans parler des *ligatures élastiques* et des *ligatures métalliques*, auxquelles tous les chirurgiens ou à peu près ontrenoncé, voire même ceux qui les avaient préconisées, les *ligatures à la soie ou au catgut*, les seules acceptables, doivent être faites dans de certaines conditions pour donner toute sécurité à l'opérateur. La technique employée a une importance capitale et fait varier considérablement les résultats.

La *ligature en masse* recommandée encore par bon nombre de chirurgiens est sans conteste de toutes la plus mauvaise. Il suffit de réfléchir à la disposition du ligament large, à la présence de cette nappe séreuse qui entoure les pédicules vasculaires pour comprendre qu'une telle ligature ne peut pas étreindre d'une facon régulière toute l'épaisseur du ligament large, surtout si celui-ci est épais et riche en tissu cellulaire comme cela se voit fréquemment. Il doit se produire fatalement un déplacement sous-séreux d'un ou de plusieurs pédicules vasculaires, « la ligature glisse » sur le péritoine, et les vaisseaux qu'on croyait avoir solidement étreints viennent se placer en dehors de la ligature, dans les meilleures conditions pour saigner abondamment.

La *ligature en chaîne* des deux ligaments larges était déjà un pro-

grès, mais c'est encore une ligature en masse quoique plus réduite.

J'en dirai de même de la *ligature par étages*, imbriqués ou non, adoptée encore aujourd'hui par un grand nombre de chirurgiens.

La ligature vraiment hémostatique doit être une ligature *anatomique*. Ce n'est pas le ligament large qu'il s'agit d'enserrer, mais les vaisseaux qu'il renferme.

Or, l'anatomie nous apprend qu'il n'existe de vaisseaux dans le ligament large qu'au niveau de ses bords. Au bord inférieur, à la base du ligament, c'est l'artère utérine, la plus importante de toutes les artères de la région, flanquée de nombreuses et grosses veines qui passent les unes en avant, les autres en arrière du vaisseau artériel; il y a donc là un épais cordon vasculaire. Au bord supérieur du ligament large, c'est d'une part le pédicule vasculaire utéro-ovarien, d'autre part le pédicule moins important du ligament rond. Le cordon vasculaire utéro-ovarien renferme l'artère de même nom, suffisante à elle seule pour provoquer une hémorragie mortelle si elle n'a pas été bien oblitérée. Autour d'elle sont les veines utéro-ovariennes formant un plexus plus ou moins riche suivant les cas.

Le ligament rond renferme seulement quelques veines et un rameau artériel (c'est habituellement une branche de l'épigastrique) dont le volume est ordinairement minime. Cependant quand on sectionne en travers le ligament rond sans l'avoir au préalable ligaturé, il se produit sur la tranche un suintement sanguin assez abondant.

En dehors de ces trois zones : utérine en bas, utéro-ovarienne et du ligament rond en haut, il n'y a pas de vaisseaux à lier dans l'épaisseur du ligament large. En sorte que si on place de chaque côté de l'utérus trois ligatures, une sur chaque pédicule vasculaire, l'hémostase est parfaitement assurée et on peut en toute sécurité extirper l'utérus et ses annexes.

Certains chirurgiens, Gouilloud, de Lyon, en particulier, se contentent de constituer deux pédicules vasculaires, l'un inférieur utérin, l'autre supérieur, comprenant à la fois le pédicule utéro-ovarien et le pédicule du ligament rond. Pour les raisons anatomiques que j'ai indiquées tout à l'heure, et pour répondre à une préoccupation de la chirurgie actuelle, à savoir la réduction des pédicules vasculaires, il me paraît préférable d'adopter la ligature du ligament large en trois pédicules.

Il est facile de se rendre compte que cette technique des ligatures, à laquelle nous aboutissons, est exactement la même

que celle que les chirurgiens américains nous ont appris à employer pour l'hystérectomie abdominale. Et d'ailleurs Baldy, Howard Kelly dont nous avons plus haut exposé les procédés, exécutent l'hystérectomie vaginale de la façon que nous venons d'indiquer sommairement.

TECHNIQUE PERSONNELLE

Il nous faut entrer maintenant dans les détails des différents temps de l'hystérectomie vaginale, telle que nous la préconisons, et qui est pratiquée depuis quelque temps avec le plus grand succès par notre maître M. Bouglé.

Le premier temps de toute hystérectomie vaginale consiste dans l'abaissement du col et la désinsertion du vagin. Les premiers chirurgiens qui pratiquèrent l'hystérectomie vaginale, conseillèrent de placer un fil en surjet sur toute la tranche du vagin désinséré, pour en assurer l'hémostase. Que faut-il penser de ce temps opératoire supplémentaire? En avant, sur la face antérieure de l'utérus, la section vaginale ne saigne pas, il est absolument inutile de s'en préoccuper; en arrière par contre il se produit un léger suintement sanguin, néanmoins, cette hémorragie n'est pas assez importante pour arrêter l'opérateur et pour nécessiter ce temps d'hémostase que nous venons d'indiquer. A la fin de l'opération seulement il y aura lieu de s'en souvenir, et, comme nous verrons plus loin, le pansement suffira habituellement à arrêter le suintement du sang.

L'incision circulaire de la muqueuse vaginale sur le col doit être prolongée par une courte incision droite et transversale sur les culs-de-sac latéraux, à leur partie interne. Ce complément de l'incision a pour but de faciliter l'isolement du vagin en avant de l'utérus et par suite le décollement de la vessie. De plus il donne un jour plus grand et permet de mieux explorer la zone du ligament large qui correspond à l'artère utérine.

Lorsque la vessie a été séparée de la face antérieure de l'utérus et refoulée vers le pubis par une valve de Sims qu'un aide maintiendra désormais jusqu'à la fin de l'opération, lorsque, d'autre part, le cul-de-sac vaginal postérieur a été largement ouvert, ce qui permet dès ce moment un certain degré d'abaissement de l'utérus, les deux pinces à traction placées sur le col au niveau des commissures, tirent fortement sur l'organe et le portent à la gauche de l'opérateur. Par cette manœuvre on découvre l'artère utérine gauche et après l'avoir un peu isolée, soit

simplement avec le doigt soit à l'aide d'une sonde cannelée, on la charge sans aucune difficulté d'arrière en avant avec une aiguille de Reverdin courbe à extrémité mousse ou pointue. On peut se contenter à la rigueur de ne comprendre dans la ligature que l'artère utérine : mais pour réduire autant que possible le suintement sanguin, il est bon de charger les veines utérines en même temps que l'artère, de façon à étreindre tout le cordon vasculaire utérin, dans la même anse de fil. A ce moment l'uretère a été décollé et refoulé en haut avec la vessie : il n'y a donc aucun danger possible de blesser cet organe avec l'aiguille ou de le comprendre dans la ligature : on peut lier en toute sécurité.

Cette première ligature faite, on coupe l'artère utérine et la base du ligament large, *en dedans d'elle*, *loin d'elle*, contre le bord utérin.

Adoptant ensuite la technique de Doyen, on fait l'hémisection antérieure de l'utérus, qui permet de faire basculer en avant le fond de l'organe et de l'amener à la vulve Les annexes du côté gauche sont alors saisies avec une pince en cœur, lentement et prudemment décollées si cela est nécessaire, et amenées également à la vulve. L'opérateur par une traction modérée les porte vers sa gauche. Cette traction exercée à la fois sur le fond de l'utérus et sur les annexes du côté gauche, a pour effet de tendre le bord supérieur du ligament large du même côté, et de rendre saillants les pédicules utéro-ovarien et du ligament rond. Un fil de ligature est ainsi placé à l'aide d'une aiguille de Reverdin courbe au-dessous de chacun de ces pédicules. Il est indifférent de commencer par l'un ou par l'autre de ces cordons vasculaires : on saisit en général celui qui se présente le plus favorablement. Les nœuds serrés, on coupe le bord supérieur du ligament large et la portion sous-jacente, *en dedans et loin* d'eux. Le second temps de l'hystérectomie vaginale est achevé.

A ce moment l'utérus n'est plus maintenu que par le ligament large droit, et l'hémostase du ligament large gauche est assurée par *trois* ligatures dont les chefs ont été momentanément maintenus longs et fixés dans les mors d'une pince à forcipressure.

Passant alors à droite (de la malade), on procède au bord supérieur du ligament large droit de la même façon qu'à gauche. C'est-à-dire que l'opérateur amenant les annexes droites à l'aide d'une pince en cœur les porte ainsi que l'utérus vers sa droite, tend de cette façon le bord supérieur du ligament large et fait saillir les pédicules utéro-ovarien et du ligament rond.

On place alors les deux ligatures sur ces pédicules en chargeant au-dessous d'eux avec la même aiguille que précédemment.

A ce moment l'utérus n'est plus irrigué que par l'artère utérine droite, et lorsqu'on coupe le bord supérieur du ligament large en dedans des ligatures des cordons utéro-ovarien et du ligament rond, on ouvre la terminaison de l'artère utérine, qui chemine le long de la corne utérine droite. Une pince de Kocher est appliquée sur cette terminaison de l'utérine droite pour en assurer l'hémostase et pour ne pas être gêné par le sang, en attendant qu'on lie le tronc principal à la base du ligament large.

Ce quatrième et dernier temps, c'est-à-dire la ligature de l'artère utérine droite, est grandement facilité par l'abaissement de l'utérus et des annexes qui sont alors complètement pendants en dehors de la vulve, puisque seule la portion inférieure du ligament large droit les maintient encore, et c'est sous les yeux avec ou même sans aiguille qu'on peut lier isolément et facilement le cordon vasculaire utérin droit.

Un dernier coup de ciseaux coupe l'utérine droite *en dedans et loin* de la ligature, et permet d'enlever toute la masse utéro-annexielle.

L'opération est achevée; les chefs maintenus longs des fils à ligature permettent d'attirer légèrement les pédicules vasculaires et d'en faire la revision. Lorsqu'on s'est bien assuré que l'hémostase est parfaite, que ni l'une ni l'autre des tranches du ligament large ne saigne, il ne reste plus qu'à sectionner les fils à ligature.

C'est à ce moment qu'on s'aperçoit souvent de la présence d'un léger suintement sanguin au niveau de la tranche vaginale postérieure. Ce suintement en nappe est ordinairement minime et négligeable; il est exceptionnel qu'on aperçoive des vaisseaux d'un calibre suffisant pour nécessiter leur hémostase directe par l'application d'une ou de plusieurs ligatures isolées. Dans la très grande majorité des cas, cette hémostase est obtenue par un simple tamponnement vaginal.

Il nous reste quelques mots à dire des fils à ligatures. Les seuls à employer sont la soie et le catgut; nous signalerons toutefois le fil de lin employé depuis quelque temps dans les opérations par certains chirurgiens, en particulier par M. Quénu, car nous n'avons pas d'expérience de ces fils qui semblent avoir donné de bons résultats.

Les chirurgiens américains emploient couramment la soie.

Le catgut paraît cependant préférable, étant donné qu'il s'agit d'une plaie drainée et dans laquelle une très légère infection secondaire pourrait survenir. A moins de maintenir longs les chefs de soie pour pouvoir enlever par traction les ligatures au bout de quelques jours, ainsi que le conseillent certains chirurgiens, on s'expose à avoir secondairement des noyaux inflammatoires persistants autour des soies qui enserrent les vaisseaux utérins.

L'objection de la résorption trop rapide du catgut n'a pas de valeur, par la raison qu'au 3ᵉ ou 4ᵉ jour, l'hémostase est faite, et d'ailleurs, les nœuds de catgut ne commencent à se desserrer et à être résorbés que vers le 9ᵉ jour.

Le principal inconvénient du catgut est d'être plus difficile à serrer. Avant d'abandonner la ligature, il faut s'être assuré que le premier nœud, qui doit toujours être double ne s'est pas desserré. Le meilleur moyen d'avoir une bonne constriction est à notre avis d'employer du catgut aussi fin que possible, par exemple du catgut n° 2 suivant la numération des fils qu'on trouve communément dans le commerce.

Notre technique qui consiste à maintenir longs les chefs de catgut jusqu'à la fin de l'opération en les fixant dans les mors d'une pince à forcipressure, permet de faire une dernière revision des ligatures avant l'application du pansement, et si à ce moment on s'apercevait de l'insuffisance de constriction d'un nœud, il serait facile d'y remédier.

Le pansement, extrêmement simple, est fait de la façon suivante : un drain en caoutchouc rigide, de gros calibre, est placé au centre de la brèche vaginale, juste à la limite de la cavité péritonéale ; en arrière de lui, contre la tranche vaginale postérieure, loin du péritoine et des anses intestinales, on tamponne doucement avec une mèche de gaze iodoformée. Le drain de caoutchouc est ensuite coupé court, de façon à ne pas atteindre l'orifice vulvaire. On termine le pansement en plaçant à la vulve un carré de gaze stérilisée et par-dessus une couche d'ouate aseptique.

Les mictions seront assurées à l'aide d'une sonde à demeure ou par des sondages répétés pendant les deux premiers jours. Tandis que la sonde à demeure est presque indispensable avec l'emploi des pinces à forcipressure, il est préférable de s'en dispenser avec le procédé des ligatures, si on a à sa disposition un personnel capable de sonder la malade d'une façon régulière et proprement.

Cette question de la miction à la suite des opérations vaginales

et en particulier de l'hystérectomie, est, on le sait, des plus importantes [1].

Nombre de malades qui ont supporté sans la moindre réaction l'opération principale, c'est-à-dire l'hystérectomie, voient malheureusement leur convalescence retardée par des accidents cystalgiques ou même d'uréthrocystite dus à un défaut d'asepsie dans l'emploi de la sonde.

Etant donné la simplicité du pansement vaginal à la suite de l'opération d'hystérectomie faite avec les ligatures, à défaut d'un personnel très au courant et sûr, pour le sondage de la malade, on peut laisser les opérées uriner spontanément, en ayant soin de maintenir à l'entrée du vagin un petit tampon de gaze iodoformée, non tassée, qu'on aurait naturellement soin de renouveler après chaque miction.

CRITIQUE DU PROCÉDÉ PERSONNEL. RÉSULTATS

L'opération, telle que nous venons de décrire, paraît ne rien laisser à désirer au point de vue de la sécurité de l'hémostase, et en effet nous l'avons vu appliquer vingt-trois fois par notre maître M. Bouglé, sans qu'il y ait jamais eu ultérieurement production d'une hémorragie de quelque abondance. Il nous faut cependant mettre à part trois cas dans lesquels il se fit un certain suintement, qui, dans les deux premiers cas, nécessita simplement le renouvellement du premier pansement et dans le troisième conduisit à la laparotomie secondaire d'urgence.

Cette dernière opération, la seule dans laquelle soit survenue la mort de la malade, mérite d'être examinée avec soin et discutée en détail, car, à une description sommaire, on pourrait supposer que la malade est morte d'hémorragie, tandis que, en réalité, le léger suintement sanguin observé était tout à fait insuffisant pour expliquer la mort.

Il s'agissait d'un cas de métrorrhagies extrêmement rebelles et tenaces, chez une femme âgée, ayant atteint l'âge de la ménopause, et présentant des lésions de métrite hémorragique. On avait pu supposer avant l'opération l'existence d'un néoplasme du

[1] Presque tous les chirurgiens qui pratiquent l'hystérectomie vaginale avec ligatures, en particulier Schtrauch, Jacobs, Pauchet, insistent sur l'avantage incontestable que procure ce procédé, à savoir : non seulement de permettre la suppression de la sonde à demeure, mais encore de laisser la possibilité pour les malades d'uriner seules. Ainsi sont évités tous les ennuis que suscite souvent cette nécessité post-opératoire,



corps utérin : en réalité, l'examen ultérieur de l'organe montra qu'il ne s'agissait que de métrite hémorragique.

Quelques semaines avant l'opération, la malade avait présenté une hémorragie tellement abondante qu'elle avait failli succomber, et c'est à cause de ces suintements sanguins sans cesse répétés et plusieurs fois très abondants, que notre maître M. Bouglé s'était décidé à pratiquer l'hystérectomie vaginale. Du reste, au moment de l'opération, la malade paraissait être dans un état général satisfaisant; mais il faut avouer que l'examen hématologique ne fut pas pratiqué. Toujours est-il qu'elle présentait un degré d'anémie plus prononcé que ne pouvait faire supposer son aspect extérieur, et que son état de résistance fut beaucoup moindre qu'on ne pouvait l'espérer.

L'opération, simple dans ses différents temps, avait été malgré tout assez hémorragique. On avait affaire à un de ces cas où tout saigne, aussi bien la tranche vaginale que les ligaments larges. Néanmoins l'opération terminée, trois ligatures placées de chaque côté, l'hémostase paraissait suffisante pour permettre de faire le pansement et de replacer la malade dans son lit. Le shock opératoire fut d'une intensité inaccoutumée.

Malgré le traitement énergique auquel fut soumise l'opérée, malgré une piqûre de caféine, une piqûre d'éther et une injection de sérum de 500 gr., à 5 heures, six heures après l'intervention, cette malade présentait encore une température extrêmement basse, atteignant à peine 35°. Le pouls était faible et un peu rapide. En présence de ces symptômes alarmants, les internes du service songèrent à la possibilité d'une hémorragie interne et enlevèrent sans plus tarder le pansement vaginal pour voir s'il n'existait pas de caillots dans le vagin. Il s'y trouvait en effet un petit caillot d'un volume d'ailleurs tout à fait insuffisant pour expliquer l'état de shock. Autant qu'on en pouvait juger par l'examen des pédicules vasculaires par la voie vaginale, les ligatures paraissaient bonnes et suffisantes. Néanmoins, dans le doute, une laparotomie d'urgence fut pratiquée afin de voir s'il n'existait pas d'hémorragie interne intra-péritonéale. On constata seulement la présence d'un caillot peu volumineux à la partie déclive de la cavité pelvienne. L'examen attentif des différents pédicules vasculaires de l'utérus et des annexes montra que ceux-ci étaient régulièrement étreints par les fils à ligature et parfaitement oblitérés ; mais il existait un suintement sanguin minime et continu qui provenait d'une veine uretérale. Ce fut là le seul vaisseau dont, après de minutieuses recherches, on put constater la béance. Une pince

puis une ligature furent placées sur cette veine, et le ventre fut refermé après drainage.

Malgré tout, aucune amélioration ne se produisit, l'état de shock persista.

La malade demeura très faible avec une température de 36 à 37° et un pouls faible et très rapide (130 à 140). Au bout de vingt-quatre heures, la température se mit à monter, et le troisième jour la malade succomba avec une température de 39°.

A l'autopsie qui fut pratiquée le lendemain, on ne constata aucune trace de péritonite appréciable. Il existait une très petite quantité de sang dans la partie déclive de la cavité pelvienne, mais les ligatures, méticuleusement contrôlées, furent reconnues toutes bien en place, étreignant normalement les pédicules vasculaires qu'elles étaient chargées d'oblitérer.

En résumé, on peut dire que cette malade est morte de shock et d'infection après avoir présenté un certain degré de suintement sanguin. Mais cette hémorragie, d'ailleurs tout à fait insuffisante comme nous le disions plus haut pour expliquer la mort, ne peut être imputée à la technique.

Nous l'avons dit, le seul vaisseau laissé ouvert était une petite veine uretérale : or, on peut admettre que si au lieu de placer des ligatures on avait eu recours à l'emploi des pinces, il est vraisemblable que ce vaisseau aurait de même échappé à l'hémostase par forcipressure. En toute sincérité, ce cas malheureux, le seul de la série, ne peut être imputé aux défauts de la méthode, mais il prouve que chez des malades affaiblies par des hémorragies répétées (dont la dernière en particulier très abondante dans le cas qui nous occupe), le moindre traumatisme provoque un shock contre lequel nos moyens usuels (éther, caféine, sérum, injections salées) sont impuissants.

Les principaux arguments qui ont été opposés à l'emploi des ligatures dans l'hystérectomie vaginale sont : que ce procédé prolonge inutilement l'opération et qu'il offre des difficultés parfois insurmontables pour l'application des ligatures.

L'objection de la durée ne semble en réalité pas bien importante, car, avec quelque habitude, on peut affirmer que l'emploi des ligatures ne prolonge pas l'opération de plus d'un quart d'heure; c'est-à-dire que pour une hystérectomie vaginale ordinaire et simple, au lieu de n'exiger qu'un quart d'heure en moyenne, l'opération pourra durer au maximum une demi-heure. Si on veut bien songer à la durée des premières hystérectomies vaginales, on

conviendra que l'objection ne paraît pas assez sérieuse pour faire rejeter ce procédé.

Quant à la seconde objection, je veux dire la difficulté du placement des ligatures, il suffit d'avoir vu employer quelquefois ce procédé pour se rendre compte de l'exagération considérable de cet argument, et qu'en réalité avec un peu d'habitude la difficulté devient nulle. Les observations que nous avons pu recueillir correspondent à des cas variés d'épithéliomes utérins, de salpingo-ovarites chroniques, de petits fibromes utérins (les seuls à l'heure actuelle justiciables de l'hystérectomie vaginale) et enfin de salpingo-ovarites suppurées.

Parmi ces dernières, bon nombre peuvent être comptées parmi les cas les plus laborieux de l'hystérectomie vaginale à cause du volume des poches suppurées et surtout à cause des adhérences parfois extrêmes de ces poches. Or ce qui a toujours été difficile et ce qui compliquera toujours l'opération, quel que soit d'ailleurs le procédé d'hémostase, c'est l'isolement, l'énucléation et l'abaissement de ces poches annexielles; une fois amené à la vulve, il est remarquable de voir que le pédicule de la poche annexielle peut être enserré par un fil de ligature tout aussi facilement qu à l'aide d'une pince; certes celle-ci est placée plus rapidement, mais non plus sûrement. Il est bien entendu que pour se placer dans les meilleures conditions il faut avoir soin de placer les ligatures avant l'ablation de l'utérus et des annexes. On aurait infiniment plus de difficultés si, plaçant d'abord des pinces clamps pour assurer l'hémostase provisoire, on n'appliquait les ligatures qu'après avoir séparé l'utérus et les annexes. Cependant, dans des cas exceptionnels de vagin très étroit, de ligament large particulièrement infiltré et friable, peut-être rencontrera-t-on des difficultés à l'application des ligatures, suffisantes pour faire rejeter la méthode et pour avoir recours aux pinces. Mais ces cas doivent être tout à fait exceptionnels, surtout pour un gynécologue qui aurait appris à placer les ligatures en commençant par des cas plus favorables.

Quant aux avantages du procédé des ligatures, ils nous paraissent indiscutables.

Il faut reconnaître tout d'abord que la chirurgie actuelle n'accepte pas en principe la forcipressure comme un procédé d'hémostase définitif.

Dans toutes les régions autres que celle qui nous occupe, ce n'est qu'en désespoir de cause qu'on se décide à regret à laisser une ou plusieurs pinces à demeure. Ce qui est vrai pour la

chirurgie en général doit l'être pour la chirurgie utéro-ovarienne qui ne peut être considérée autrement que comme un chapitre de la chirurgie générale. C'est donc répondre à un sentiment et à un désir de la chirurgie moderne que de s'efforcer de supprimer l'emploi des pinces à demeure pour les remplacer par les ligatures.

Mais ce n'est là qu'une considération toute philosophique. L'hystérectomie vaginale à ligatures présente d'autres avantages plus importants parce qu'ils sont d'ordre pratique.

D'abord et avant tout, et c'est un point sur lequel nous devons surtout insister, car il a à notre avis une grosse importance, c'est la simplification des suites opératoires. Aujourd'hui que nous savons guérir, ne devons-nous pas tendre sans cesse à mieux guérir nos malades, c'est-à-dire plus simplement, en réduisant les douleurs et tous les inconvénients de l'acte opératoire? A ce point de vue, l'avantage de l'hystérectomie vaginale à ligatures sur la même opération pratiquée avec des pinces, est absolument indéniable. De plus, le drainage, si utile dans les opérations vaginales, est plus facile à assurer, le vagin n'étant pas encombré par les pinces.

Il faut reconnaître qu'à ce point de vue la technique de l'hystérectomie vaginale varie encore singulièrement d'un chirurgien à l'autre. Beaucoup d'opérateurs, surtout à l'étranger, parmi ceux qui emploient les ligatures, se préoccupent de terminer l'opération de la même façon qu'ils achèvent une laparotomie, c'est-à-dire en fermant par un surjet à la soie ou au catgut la séreuse péritonéale, puis en suturant dans un second plan la paroi vaginale. Pour notre part cette méthode nous paraît dangereuse dans la grande majorité des cas. D'abord quand il s'agit de salpingo-ovarites suppurées, le fait est absolument évident. Mais, même en dehors de ces cas, est-on toujours sûr de l'asepsie de la cavité utérine largement ouverte au cours de l'opération, et risquant par conséquent d'infecter les instruments introduits dans le vagin? On peut, il est vrai, remédier à cet inconnu de l'état septique ou non de la cavité utérine en pratiquant au préalable un curettage de cette cavité suivi d'une cautérisation au chlorure de zinc ou à la teinture d'iode; mais il y a encore la muqueuse vaginale que, malgré toutes les injections et tous les lavages pratiqués avant l'opération, il est bien difficile d'aseptiser d'une façon certaine. Aussi, croyons-nous qu'il vaut mieux en règle générale drainer le vagin, cette méthode ne présentant d'ailleurs aucun inconvénient, et la cicatrisation de la plaie vaginale s'effectuant malgré cela dans les meilleures conditions

De même que, dans les laparotomies, on a renoncé au drainage par le tamponnement de gaze à la Mickulicz, de même dans le pansement vaginal, doit-on rejeter le tamponnement à la gaze pour y substituer l'emploi d'un tube en caoutchouc. Un drain du volume du petit doigt, à parois rigides, est placé au centre de la brèche vaginale, sans pénétrer dans la cavité péritonéale, et l'aspiration est assurée par la mèche de gaze placée sur la tranche vaginale postérieure. Un tel pansement peut séjourner huit à neuf jours dans le vagin sans être renouvelé, la température de la malade restant toujours normale. Au neuvième jour, drain et mèche sont supprimés, et on peut commencer les injections vaginales à faible pression. Dans les cas graves d'hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarites suppurées très adhérentes, l'absence de pinces et le drainage bien assuré de la façon que nous venons de dire donnent apparemment la plus grande sécurité. Chez une de nos malade qui eut, au bout de 48 heures, une fistule entéro-vaginale, nous pensons que c'est à la méthode opératoire et à l'application du drain que cette malade a dû non seulement de guérir, mais encore de ne présenter à aucun moment d'accidents inquiétants. Ce cas fut cependant un des plus difficiles et des plus laborieux de la série, et peut être compté comme un des plus beaux succès à l'actif de la méthode opératoire que nous venons d'exposer.

CONCLUSIONS

1° Nous n'avons pas eu l'intention, dans cette étude, d'établir un parallèle entre la voie abdominale et la voie vaginale dans le traitement des affections utérines et péri-utérines. Comme la plupart des chirurgiens, nous pensons qu'à l'heure actuelle, avec les perfectionnements de la technique, la voie haute constitue la méthode de choix. Toutefois, nous pensons que dans bon nombre de cas, la voix basse se présente dans des conditions telles qu'elle doit être préférée à la voie abdominale.

2° L'hystérectomie vaginale se pratique actuellement par deux procédés : à l'aide de pinces, ou à l'aide de ligatures.

3° Le procédé des ligatures, à notre avis, doit être considéré comme le procédé de choix, non pas seulement dans l'hystérectomie vaginale pour prolapsus, ainsi que l'admettent la plupart des chirurgiens de l'école de Paris, mais aussi dans toutes les opérations d'hystérectomie vaginale, qu'il s'agisse d'épithélioma, de fibromes (peu volumineux), ou de salpingo-ovarites.

4° La technique de l'hystérectomie vaginale avec ligatures, doit être basée sur l'anatomie, c'est-à-dire que l'hémostase doit être assurée par la ligature successive des six pédicules vasculaires qui irriguent l'utérus et ses annexes.

5° Si l'emploi des ligatures prolonge la durée de l'opération de quelques minutes, ce léger inconvénient est largement compensé par la simplicité des suites opératoires, en particulier pendant les deux premiers jours qui suivent l'opération.

Dans la très grande majorité des cas, le placement des fils est des plus simples, et il nous semble qu'on a beaucoup exagéré la difficulté, voire même l'impossibilité de l'application des ligatures.

6° Ces conclusions sont basées sur 23 observations inédites dans lesquelles l'hystérectomie vaginale a été pratiquée pour des affections diverses, soit de l'utérus, soit des annexes. Le nombre relativement considérable des observations concernant des lésions annexielles suppurées (neuf), toutes opérées avec succès, nous paraît confirmer notre opinion sur la bénignité de l'hystérectomie vaginale à l'aide des ligatures.

ANALYSES

VULVE ET VAGIN

DURET. — **Sur les lymphangieotasies vulvaires (varices lymphatiques de la vulve des pays occidentaux).** — (*Journ. des sc. méd. de Lille*, *mai* 1902.)

De cette étude très documentée l'auteur tire les conclusions suivantes :

Il existe des lymphangiectasies indigènes qui ne sont pas causées par la filariose comme celles des pays orientaux.

Elles sont le résultat d'un obstacle apporté à la circulation de la lymphe, par des adéno-lymphites oblitérantes, engendrées par d'autres agents parasitaires, en particulier par les streptocoques.

Les dilatations observées peuvent occuper : les ganglions et leurs vaisseaux afférents, les gros troncs lymphatiques et le réseau lymphatique du derme (adéno-lymphocèles, varices lymphatiques, varices dermiques).

Les varices des réseaux lymphatiques du derme, fréquentes surtout aux membres inférieurs et à la surface des organes génitaux externes, accompagnées ordinairement d'un œdème ou d'un état éléphantiasique de la peau, sont les ectasies les plus fréquemment observées. Elles se présentent sous formes de petites vésicules transparentes, s'affaissant sous le doigt et laissant, par la piqûre, s'écouler de la sérosité lymphatique.

Leur ouverture, spontanée ou artificielle, donne lieu à des lymphorragies, souvent très abondantes, susceptibles de conduire, par leur persistance, à une cachexie grave, et à une anémie profonde.

Les lymphangiectasies vulvaires décrites par M. Duret affectent la forme d'une éruption de vésicules claires ou de végétations papilliformes. Dans le cas observé, l'ectasie lymphatique, précédée d'une inflammation diffuse accompagée de lymphorragie, a été suivie d'un état cachectique et infectieux qui s'est dissipé cependant sous l'influence d'un traitement énergiquement reconstituant.

L. J.

MACHENHAUER (Darmstadt). — **Du myome du vagin.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 24 *mai* 1902, n° 21.)

Femme de 42 ans, mariée depuis 13 ans, IIIpare, a eu deux pertes abondantes, il y a un an et il y a 6 mois. Depuis lors, fréquemment, écoulements sanguino-purulents.

A l'examen, on sent dans le vagin une tumeur grosse comme le poing, molle, recouverte d'une muqueuse rouge violacé, siégeant dans la paroi postéro-supérieure. Devant elle le doigt arrive péniblement en haut dans une loge étroite, et, dans la partie antérieure et supérieure de cette loge, sur une saillie plate, de la largeur d'un franc, avec une fossette dans son milieu. C'était le col complètement étalé. Impossible de sonder l'utérus. Par le palper bimanuel, on sentait l'utérus antéfléchi, plus gros que normalement, parsemé de noyaux gros comme des haricots ou des cerises. Le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur était parfaitement senti par la main extérieure. Utérus mobile.

On fit l'extirpation de la tumeur, ce qui n'offrit aucune difficulté, et on put alors voir distinctement le col et facilement cathétériser l'utérus.

A l'examen microscopique de la tumeur, on trouva uniquement des éléments musculaires lisses, nulle part de tissu cellulaire; c'était donc un myome pur du vagin.

M. B.

VILLAR. — **Malformation du vagin et de l'utérus, avec hématomètre et hématocolpos supérieur. Hystérectomie abdominale totale.** — (*Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Bordeaux. Séance du 25 mars 1902.*)

Une jeune fille de 18 ans, jamais réglée, a eu, depuis trois ans, des crises douloureuses paroxystiques abdominales, mensuelles et périodiques, qui vont croissant d'intensité. Organes génitaux externes normaux. Le doigt était arrêté dans le vagin à 4 centimètres et ne sentait pas de col; vagin fermé en cul-de-sac. Le palper bimanuel, puis le toucher rectal faisaient percevoir sur la ligne médiane une masse grosse comme une petite orange, s'effilant vers le bas en forme de col. L'ovaire droit paraissait grossi, l'ovaire gauche normal.

M. Villar dilata le vestige de vagin avec deux petites valves; mais après avoir sectionné transversalement le fond du cul-de-sac vaginal et disséqué la partie supra-vaginale en séparant la vessie du rectum jusqu'à pouvoir enfoncer l'index tout entier dans le canal artificiellement créé, il vit que, malgré la pression abdominale, l'utérus ne descendait pas dans ce canal, d'ailleurs très étroit. Il fallait renoncer à perforer le col à travers ce long défilé vésico-rectal.

Laparotomie. Utérus volumineux et congestionné, et un ovaire droit rempli de kystes. Ovaire gauche sain. Villar enleva l'ovaire malade et sa trompe. Dans le désir d'éviter l'hystérectomie, il incisa le cul-de-sac postérieur et attira l'utérus en arrière pour avoir le col sous les yeux; on n'y put découvrir le moindre orifice. D'ailleurs, on n'aurait pas pu abaisser suffisamment l'utérus pour que son contenu actuel et le sang des règles, à l'avenir, s'écoulassent librement dans le vagin.

Villar détacha la vessie, et trouva alors un sac bleuâtre, allongé, qui était une portion de vagin dans laquelle s'était accumulé du sang venu de l'utérus. C'était un hématocolpos, limité d'une part par une membrane ayant à sa face interne l'aspect de la muqueuse vaginale. On l'incisa; on en fit sortir tout le sang. et on termina par l'hystérectomie

L'ovaire et la trompe gauches furent conservés.

Ce fait est intéressant : 1° *Au point de vue anatomo-pathologique.* C'est la partie inférieure du vagin qui était malformée, contrairement à ce

qu'on note le plus souvent, et à ce qu'on aurait pu croire si l'on n'avait pas fait la laparotomie. Or, on sait que la marche du développement du vagin aux dépens des conduits de Müller se fait de haut en bas.

Contrairement à ce que signale Pozzi dans ces cas, il n'y avait pas d'hématosalpinx.

Au point de vue chirurgical, on doit se féliciter de n'avoir pas persisté à opérer par la voie vaginale; on aurait fini par inciser le sac vaginal supérieur; on l'aurait évacué, croyant que c'était l'unique foyer de rétention, et l'on aurait laissé un utérus incapable d'expulser le sang qu'il contenait.

Donc, en dehors des cas simples, l'hystérectomie abdominale est ici l'opération de choix. Bien des malades qui ont succombé après une intervention vaginale auraient peut-être guéri par une intervention abdominale, qui aurait vérifié la totalité des lésions et les aurait réparées.

M. Chavannaz. — Broca a tenu récemment une conduite analogue, mais il a fait la castration bilatérale. Il avait aussi échoué par la voie vaginale.

M. Boursier. — Cette oblitération intermédiaire située entre l'infundibulum vaginal d'une part et les parties génitales externes d'autre part est un fait anatomique d'une extrême rareté.

Dans un cas d'oblitération inférieure du vagin, M. Schwartz a créé d'abord un vagin artificiel, puis a abaissé vers la vulve la partie du vagin qui existait en haut, l'a suturée, et a reconstitué ainsi des organes génitaux normaux. M. Villar a eu raison de laisser un ovaire sain. Cette conduite tend à se généraliser, après avoir été surtout préconisée par Prior en Amérique.

M. Lefour. — L'ablation totale des trompes et des ovaires amène, on le sait, des psychopathies. Il faut toujours, si possible, ne pas la pratiquer, surtout dans les opérations césariennes, excepté dans le cas où il s'agit d'un bassin ostéo-malacique.

M. Lanelongue.— C'est surtout l'ovaire où même une partie d'ovaire qu'il y a intérêt à garder, car la trompe laissée seule ne tarderait pas à s'atrophier.

Gustav Kolischer (Chicago). — **Granulome traumatique de la vessie chez la femme.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 8 *mars* 1902, n° 10.)

Dans certaines circonstances et sous l'influence de traumatismes déterminés, il se forme dans la vessie de la femme, des tumeurs de granulation, siégeant aux points où a eu lieu le traumatisme, donnant lieu à des symptômes subjectifs et à des manifestations cliniques objectives, et très résistantes aux actions thérapeutiques.

Les symptômes subjectifs sont de la strangurie croissante, des symptômes de congestion dans la région vésicale, augmentant par la chaleur du lit. Objectivement il existe deux symptômes principaux: d'abord des hémorragies vésicales assez abondantes et fréquentes, ensuite l'émission, avec l'urine, de phosphates précipités Ces phosphates proviennent du dépôt qui se forme sur le granulome. A l'examen cystoscopique on trouve, en un ou plusieurs points de la paroi vésicale et siégeant sur une cicatrice, une tumeur du volume d'un pois ou d'une cerise, d'un rouge clair, largement sessile. Sa surface est rugueuse.

framboisée; par places on voit des petits caillots sanguins flottants ou des points sombres de la surface correspondant à des hémorragies interstitielles.

Au sommet on voit parfois des dépôts dendritiques de phosphates dont les extrémités libres flottent comme un léger voile dans le liquide vésical. Si on touche avec un instrument on provoque facilement une notable hémorragie; on voit aussi, durant l'examen, des hémorragies spontanées.

La tumeur elle-même est insensible, mais la région immédiatement voisine est douloureuse au contact. Jusqu'à présent l'auteur n'a observé de granulome qu'à la suite de traumatismes contondants. A la suite des sutures faites sur la vessie, on observe bien des cicatrices granuleuses; mais celles-ci disparaissent toujours ou spontanément ou par l'application de caustiques; il ne se forme jamais de granulomes permanents. D'autre part la formation du granulome paraît être favorisée par l'existence d'une inflammation de la paroi vésicale au moment du traumatisme.

L'auteur publie quatre cas de granulome vésical observé et traité par lui. Le seul traitement efficace consiste dans l'ablation des tumeurs à l'aide du bistouri, des ciseaux et du galvanocautère en s'aidant naturellement de la cystoscopie.

M. B.

MACNAUGHTON JONES. — **Absence complète des organes génitaux.** — (*Soc. gyn. de la Grande-Bretagne*, 8 *mai* 1902.)

M. Macnaughton Jones relate 2 cas d'absence complète des organes génitaux; le premier chez un enfant de 8 ans, le second chez une femme de 32 ans qui n'avait jamais été réglée et souffrait de céphalée et de molimen menstruel depuis l'âge de 18 ans. Les lèvres, le clitoris et l'orifice uréthral existaient, mais il n'y avait pas de vagin. L'examen bimanuel, recto-abdominal et recto-vésical a montré l'absence des organes utéro-ovariens, dont il n'existait aucune trace à une incision exploratrice dans le tissu fibro-musculaire entre la vessie et le rectum. L'instinct sexuel paraissait normal.

L. J.

UTÉRUS

DELBET. — **Hématométrie et utérus didelphe.** — (*Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, 9 *mai* 1902.)

M. Delbet a opéré une malade atteinte de crises douloureuses menstruelles intenses, qui portait une double tumeur abdominale.

L'examen de la pièce enlevée fit constater l'existence d'un utérus double ou de deux utérus également développés : il y avait en même temps hématométrie, hématocolpos partiel. Les douleurs étaient causées par la surdistension de l'utérus au moment des règles : c'est aussi l'opinion de M. Routier et de M. Pinard.

M. Pozzi fait remarquer, dans ce cas d'utérus didelphe avec cloisonnement du vagin, qui est borgne d'un côté, que la tumeur n'augmente plus au bout d'un certain temps, que les règles s'arrêtent vraisemblablement, mais que les douleurs menstruelles persistent.

L. J.

TREUB. — **Grossesse double dans un utérus double.** — (*Soc. obst. de France., avril* 1902.)

M. Treub a donné une observation curieuse d'utérus double, tous deux gravides, avec un âge différent pour chaque grossesse. L'examen a donné deux tumeurs dont l'une remontait au-dessus de l'ombilic, l'autre jusqu'à quatre doigts au-dessous de l'ombilic. Le vagin double était constitué par deux canaux au fond desquels on trouvait un col. L'accouchement se fit après dilatation du col et par une application de forceps. L'enfant vivant pesait 2 kilogrammes. La grossesse moins avancée de l'autre côté a continué,

L. J.

GRIZIATTI. — **Hypertrophie longitudinale du col utérin par brièveté congénitale du vagin.**—(*Annali di Obstetrica e Ginecologia, n°* 7, 1901.)

P. C., 20 ans, paysanne, réglée à 16 ans, périodes menstruelles irrégulières. A 17 ans, fut atteinte d'une péritonite tuberculeuse dont elle guérit assez bien : se maria la même année. Les rapports sexuels douloureux la firent entrer à la clinique gynécologique de Parme ; on posa le diagnostic d'hypertrophie longitudinale du col utérin avec rétroversoflexion adhérente: elle souffrait aussi d'une légère leucorrhée et d'une sensation de tension et de poids à la région sacro-lombaire. On trouve que les deux tiers du vagin sont occupés par le col utérin dont la lèvre antérieure à une longueur de 3 centimètres, la postérieure de 6 centimètres. Le vagin mesure antérieurement 45 centimètres, postérieurement 6,5 centimètres. Hystérométrie, 11 centimètres.

Cul de-sac de Douglas tendu et rigide ; pas de lésions des annexes. Le traitement résolutif n'ayant pas réussi, on procède à l'amputation du col, suivant la méthode de Schrœder. Très satisfaisantes furent les suites opératoires. Des fragments furent durcis dans l'alcool : les coupes furent colorées par l'hématoxyline et l éosine.

L'épithélium est en dégénérescence marquée, spécialement dans les couches les plus superficielles. Le tissu conjonctif est très dense : les glandes sont peu nombreeuses, les vaisseaux sanguins sont hypertrophiés et les fibres musculaires hyperplastiques Il n'y a pas néanmoins les véritables caractères d'un processus inflammatoire ni de métrite. L'auteur se range à l'idée que les troubles de la circulation utérine jouent un rôle assez important dans la production de l'hypertrophie du col, particulièrement dans les cas où il y a hypertension de la circulation du corps, tandis que le col est soumis à une pression beaucoup plus faible. Ce phénomène se produit chaque fois que le col est placé de manière que le canal cervical, au lieu de former avec l'axe du vagin un angle à ouverture antérieure, est disposé selon cet axe.

Or la brièveté congénitale du vagin permet une disposition pareille, et c'est à elle que l'auteur rattache l'hypertrophie observée dans ce cas : hypertrophie augmentée sans doute par les congestions répétées causées par les rapports sexuels.

E. Verroni. — **Sur la structure de l'utérus sénile.** — (*Annali di Ostetricia et di Ginecologia, n° 7, 1901.*)

L'examen a porté sur 28 utérus de femmes âgées de 60-92 ans et qui n'avaient pas eu d'affections gynécologiques. Presque tous les utérus étudiés étaient plus petits que ceux des femmes en pleine activité sexuelle; la forme en était normale; variable la consistance; souvent ils étaient remplis d'un humeur dense, visqueuse, blanc jaunâtre. Trois fois il y avait atrésie du canal cervical.

Les coupes examinées comprenaient toute l'épaisseur de l'organe et furent coloriées par les méthodes ordinaires; quelquefois on employa la coloration de von Giessen et de Weigert.

L'auteur, selon les caractères macro et microscopiques de la muqueuse, a divisé les utérus examinés en plusieurs séries dont le caractère commun est une atrophie plus ou moins marquée. Tandis que certaines muqueuses se présentaient minces et pâles, très réduites aussi dans la couche sous-muqueuse, avec des glandes très atrophiées, d'autres étaient rouges, plutôt épaissies dans le tissu sous-muqueux, avec des glandes ectasiques, plus ou moins nombreuses, jamais hyperplasiques, quelquefois hypertrophiques.

Capillaires nombreux et tortueux: nombre de leucocytes et d'hématies aussi, sous forme d'infarctus. Les sections transversales des portions atrésiques présentent les mêmes caractères que la muqueuse et les autres tissus; en deux cas la soudure était complète. La muqueuse du col utérin est tuméfiée, recouverte d'une couche catarrhale épaisse : son tissu conjonctif est constitué par des cellules rondes, très petites; les glandes sont presque kystiques et en occupent toute l'épaisseur. L'épithélium est assez bien conservé. Mêmes altérations dans le système circulatoire.

Les faisceaux musculaires sont amincis, peu condensés; les faisceaux circulaires mieux conservés; il y a une prédominance très notable du tissu conjonctif, qui prend une apparence trabéculaire; les cellules musculaires ne sont pas trop dégénérées. Cette prévalence du tissu conjonctif, on la remarque soit dans les utérus dont l'involution est très marquée, soit dans les autres normaux comme volume. Souvent il est condensé, se retrécit et forme des cavités, des vacuoles. Il y a aussi abondance de fibres élastiques irrégulièrement disposées; on note une infiltration, quelquefois même de véritables infarctus, de leucocytes et d'hématies.

Les vaisseaux sont extraordinairement développés et forment souvent une couche presque à eux seuls : on passe rapidement des capillaires très petits à des vaisseaux assez grands, visibles presque à œil nu, entrelacés, tortueux. La structure des parois des capillaires est normale: les autres vaisseaux ont un endothélium bien conservé, mais des altérations profondes dans les tuniques hypertrophiées et sclérosées, souvent calcifiées; les réactions de coloration permettent très difficilement d'y déceler une structure nette; elles présentent aussi très souvent la dégénérescence palmée.

On ne rencontre pas de très grandes altérations de la séreuse. On peut, selon l'auteur, résumer toutes ces altérations anatomo-histologiques dans une atrophie de la couche musculaire, qui est très rarement en

dégénérescence graisseuse, accompagnée d'une hypertrophie du tissu conjonctif, particulièrement autour des vaisseaux. Ceux-ci sont aussi hypertrophiés, altérés et exercent d'une très grande influence dans l'évolution du processus atrophique qu'on rencontre même dans le plus grand nombre des muqueuses examinées. Quelquefois néanmoins la muqueuse utérine présente tous les caractères d'une endométrite qu'on pourrait rattacher à la forme décrite jadis sous le nom de: endométrite atrophiante, métrite qui ne serait pas en rapport pathogénique avec les agents extérieurs, mais qui représenterait la réaction aux conditions spéciales qui se produisent dans l'organe à l'occasión du processus même involutif.

En dehors même de tous processus inflammatoires on peut expliquer les faits d'atrésie du canal. Aux conditions générales circulatoires de ces utérus, l'auteur rattache encore trois cas de véritable apoplexie utérine, sans rupture des vaisseaux.

AUG. W. ADDINSELL. — **Cas de sénilité prématurée de l'utérus.** — (*Brit. med. J.*, 17 *mai* 1902.)

Il s'agit d'une femme de 26 ans, absolument normale jusqu'à son mariage, et, qui pendant son voyage de noces, éprouva une violente émotion au moment où elle attendait ses règles. Depuis cette époque elle n'a plus été réglée. Après six années d'aménorrhée, cette femme jouit cependant d'une bonne santé, mais elle se plaint de bouffées de chaleur qui reviennent tous les deux mois ou toutes les deux semaines. Les ovaires sont apparemment normaux; mais on ne sent pas le col de l'utérus qui est remplacé pas une dépression au fond du vagin. La palpation bimanuelle permet à peine de sentir l'utérus dans lequel la sonde ne pénétre que sur une longueur d'un pouce. La patiente a conservé les sensations sexuelles et parfois les seins deviennent tendus et sensibles. L'auteur regarde ce cas comme un exemple démontrant la dissociation de l'ovulation et de la menstruation.

L. J.

ERNEST HERMAN. — **La dysménorrhée. Etude clinique.** — (*The Brit. med. J.*, 17 *mai* 1902.)

L'auteur estime à 60 % la proportion des femmes qui souffrent au moment des règles : mais la douleur ne dépend pas seulement de causes locales, mais aussi de la sensibilité de la femme. Si, dans quelques cas, la dysménorrhée, dont l'auteur étudie surtout la forme spasmodique, reconnait pour cause l'étroitesse des orifices utérins, de l'orifice externe seul pour Herman, dans d'autres l'affection est purement nerveuse. La dysménorrhée spasmodique n'a pas de tendance à la guérison spontanée: souvent le repos au lit ne l'atténue même pas. La guérison spontanée peut se faire par une grossesse, mais il y a souvent une stérilité concomitante qu'il faut combattre par la dilatation. Les meilleurs médicaments sont l'antipyrine et la phénacétine, puis la morphine ou le chloroforme : mais il vaut mieux recourir aux moyens locaux qu'à l'usage trop continu de ces médicaments. Dans quelques cas, la résine de gaïac a réussi à la dose de 0,60 centigrammes deux ou trois fois par jour, en commençant une semaine avant l'époque des règles.

Le traitement local consiste à dilater le col par des bougies jusqu'au nº 8 ou 9. Mais il ne procure pas toujours la guérison, qui peut n'être que temporaire. Dans quelques cas la dysménorrhée est tellement douloureuse qu'on en arrive à proposer l'oophorectomie. C'est une mesure qu'il faut reculer le plus longtemps possible.

L. J.

DRUCBERT. — **Fibrome utérin.** — (*Soc. cent. de med. du Nord, 9 mai* 1902, *in Nord med.* 10 *juin* 1902.)

L'auteur présente un utérus fibromateux dont la cavité s'était développée à tel point qu'elle admettait une tête d'adulte. Il y avait des pertes blanches assez abondantes.

CAVAILLON. — **Fibrome de l'utérus chez une enfant de treize ans.** — (*Soc. des Sc. méd. de Lyon, avril* 1902.)

M. Cavaillon présente un fibrome de l'utérus, développé et opéré chez une petite fille de 13 ans. La tumeur, volumineuse, du poids de trois kilogrammes, était développée aux dépens de la paroi du corps utérin. Le col ne semble pas avoir participé aux processus.

J.-L. REVERDIN. — **Tumeur fibreuse de l'utérus.** — (*Soc. med. de Genève*, 27 *février* 1902, *in Rev. med. de la Suisse romande*, 20 *avril* 1902.)

Fille vierge, âgée de 40 ans, toujours régulièrement et modérément réglée, jamais de métrorrhagies; début de la tumeur il y a une année. Le 13 février, après un accroissement plus rapide de la tumeur depuis quinze jours, crise brusque de douleurs dans le côté gauche du ventre avec augmentation de la grosseur, sans vomissements. Les douleurs, modérées par un purgatif, persistant néanmoins, elle va consulter un médecin qui l'adresse à M. Reverdin. La tumeur est très résistante, dure à gauche, mais paraît cependant fluctuante en avant et à droite; on a la sensation d'une poche à paroi épaisse et très tendue; le col, petit et difficile à atteindre, ne suit pas les mouvements que l'on cherche à imprimer à la tumeur. Diagnostic : kyste avec torsion du pédicule. L'opération montre que la tumeur est un fibrome développé au niveau du fond de l'utérus, fibrome à noyaux multiples; le plus volumineux est creusé d'une cavité contenant environ trois quart de litre de liquide citrin et dans cette poche, dont la surface interne est mammelonnée, s'insère un corps allongé de 31 centimètres, arborescent, jaunâtre, ferme, percé de trous, et qui ressemble à première vue à un grand lambeau d'épiploon. Il y avait un peu de liquide citrin dans le péritoine et les annexes gauches se trouvaient au moment de l'opération presque tout à fait à droite. L'opération pratiquée a été l'hystérectomie subtotale; l'utérus se trouve placé à la partie inférieure et antérieure de la tumeur; sa cavité, sur la partie enlevée qui comprend tout le corps, mesure 4 cm. et demi. L'utérus avait donc conservé ses dimensions normales et, si l'on avait pu pratiquer le cathétérisme utérin, on aurait été confirmé dans l'idée erronée que la tumeur ne pouvait être d'origine utérine. L'examen histologique de la paroi de la poche et du corps allongé qui s'y insère, fait par M. Long, les montre l'un et l'autre formés de tissu myomateux.

DAUVERGNE. — **Fibrome de l'utérus comprimant les uretères.** — (*Echo méd. de Lyon*, 15 *avril* 1902.)

Une malade du service de M. Poncet était atteinte, depuis huit ans environ, d'une tumeur fibreuse de l'utérus ayant déterminé, quelques jours avant son entrée, des signes d'anurie relative, survenue brusquement, avec signes d'intoxication urémique, dyspnée, vomissements et aggravation de l'état général.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, un cathétérisme immédiat permet de retirer environ 150 grammes d'urine très foncée, avec un disque très épais d'albumine; il n'y avait ni globules rouges, ni éléments anormaux.

M. Delore pratique l'hystérectomie abdominale totale avec ablation double des annexes. Le lendemain de l'intervention, il n'y avait plus d'albumine. Les vomissements ont cessé.

M. Delore insiste sur la rapide disparition de l'albumine. Dans la production de ce symptôme, il faut faire intervenir deux faits :

1° Les reins, distendus de longue date par une compression incomplète des uretères, étaient atteints de néphrite interstitielle, de même que les reins dont l'uretère a été lié incomplètement, ainsi que le démontrent les expériences de Gombaut, de Strauss et Germont. Cette *lésion fixe* est souvent minime; elle restait latente, chez cette malade, jusqu'au moment où apparut une compression plus énergique.

2° Alors s'est développée, sur les reins, une congestion, caractérisée par l'albuminurie massive. Cette *lésion mobile* peut seule expliquer la disparition brusque de l'albuminurie, après l'hystérectomie supprimant toute compression.

QUÉNU. — **Fibrome compliqué de grossesse: hystérectomie sus-vaginale.** — (*Société de chirurgie*, 9 *avril* 1902.)

M. Quénu donne lecture d'une observation communiquée par M. Cottin (de Dijon). Une femme de 37 ans, au troisième mois d'une grossesse, accusait des troubles occasionnés par la compression due à une tumeur remontant au-dessus de l'ombilic. A l'opération, nécessitée par l'aggravation des accidents, M. Cottin trouva une masse constituée par l'utérus gravide et une masse intra-pelvienne constituée par un fibrome implanté sur le fond de l'utérus. L'hystérectomie subtotale fut faite, la malade guérit. M. Quénu commente cette observation en remarquant qu'il faut intervenir seulement pour des accidents existants et non par crainte de complications ultérieures.

L. J.

Prof. D. V. OTT. — **1° Fibrome énorme de l'utérus, énucléation par voie abdominale d'après le type d'opération césarienne par le procédé d'Arénio ; 2° Utérus fibromateux ; hystérectomie totale ; guérison.** — (*Société d'Obst. et de Gynécol. de St-Pétersb., Séance du* 20 *décembre* 1901.)

Dans cette opération, la cavité utérine n'était pas ouverte. Suture de la plaie utérine en plusieurs étages. La malade succomba avec des phénomènes d'insuffisance cardiaque progressive. A l'autopsie, on trouva une quantité minime de pus au niveau d'un des points de suture.

On ne peut pas exclure la possibilité d'une septicémie; toutefois, la cause essentielle de la mort était la dégénérescence graisseuse du cœur. En effet, l'épaisseur de la paroi du ventricule ne mesurait que 5 millimètres. Il faut admettre que la malade aurait bien supporté l'opération si l'intervention avait été plus précoce, car on connait maintenant l'influence nocive des fibromes sur le cœur.

Dans un autre cas, présenté par l'auteur, il s'agissait d'un utérus fibromateux enlevé en totalité. La malade en question a subi, il y a 10 ans, une opération pour un fibrome sous-séreux. La longueur de la cavité de l'utérus mesurait alors 8 cent. 5. Il est probable que, déjà à ce moment, il y avait, outre le fibrome sous-séreux, d'autres noyaux fibromateux dans l'utérus.

Quoi qu'il en soit, la malade se sentait bien pendant 6 ans. Il y a 3 ans, la tumeur abdominale a commencé à s'accroître. Le chirurgien qui a opéré la malade pour le fibrome sous-séreux, a déclaré la tumeur inopérable. La néoplasie remplissait tout le petit bassin et provoquait des phénomènes menaçant la vie de la malade. Il s'est décidé à intervenir. Fait intéressant à noter : on a trouvé deux noyaux fibromateux dans le col de l'utérus, ce qui confirme, une fois de plus, l'opinion du rapporteur sur la nécessité d'enlever l'utérus fibromateux en totalité, et de ne pas se contenter d'une hystérectomie sus-vaginale. La malade est sortie guérie.

Discussion : D'après Litshkouss, les partisans de l'hystérectomie totale invoquent en faveur de leur opinion, outre la présence de noyaux fibromateux dans le col de l'utérus, la possibilité de dégénérescence sarcomateuse ou épithéliomateuse du col laissé en place. Les cas de Erlach et de Freund sont, à ce point de vue, des plus démonstratifs. On compte actuellement, dans la littérature, une quinzaine de cas semblables. En plus, les partisans de l'hystérectomie totale se basent sur les processus inflammatoires qui se développent souvent dans le moignon, et les processus suppuratifs se développant autour des points de suture, et retardant la guérison pendant très longtemps.

D'après Ott, la concomitance du fibrome et du cancer de l'utérus rencontre dans 10 % des cas environ.

Fénoménoff insiste sur les rapports entre les fibromes et les maladies du cœur. Il a eu l'occasion d'opérer dans des cas où les phénomènes du côté du cœur étaient très menaçants, Là où la mort ne s'ensuivait pas, les symptômes cardiaques s'amendaient rapidement après l'intervention. Il est incontestable que, dans le premier cas d'Ott, le cœur joua un rôle très important dans l'issue fatale.

Pour Konarzewsky, l'altération du sang dans les tumeurs malignes de l'utérus modifie les parois vasculaires et le cœur.

Batzevitsh a observé, au Caucase, une coexistence fréquente des fibromes de l'utérus et du goitre. Le même fait est indiqué par Lawson-Tait pour l'Afrique.

Ott, pour terminer, insiste sur une opinion d'après laquelle la formation des fibromes de l'utérus serait provoquée par une lésion préexistante du système vasculaire. Fait intéressant, d'après Landau, les femmes qui ont pris pendant longtemps de l'ergotine, supportent beaucoup plus mal l'opération.

Mme El.

Poiteau. — **Fibromyome œdémateux pédiculé de la corne utérine droite.** — (*Soc. anat. clin. de Lille*, 14 *mai* 1902, *in Nord méd.*, 1er *juin* 1902.)

L'auteur rapporte l'observation d'une malade, âgé de 34 ans, entrée dans le service de M. Duret, pour une tumeur abdominale. Depuis 18 mois, les menstrues étaient pâles, de mauvaise odeur, mais l'état général restait bon. Il y a huit mois, le ventre commence à grossir dans le flanc gauche. A l'examen, on constate que le ventre est soulevé dans toute la région sous-ombilicale, par une tumeur dure, de forme rappelant celle du cœur, dont le lobe droit est plus volumineux que le gauche, légèrement mobile, absolument mate. Le col de l'utérus est dirigé en arrière : l'utérus est soulevé et mesure 8 centimètres.

Une laparotomie est faite le 5 mai, par M. Duret. L'incision laisse écouler un peu d'ascite, on trouve une tumeur solide, d'aspect rougeâtre, que l'on sort de l'abdomen. En arrière, on trouve les annexes absolument saines. On taille un pédicule en biseau et la tumeur est enlevée. Il n'y eut aucune suite fâcheuse.

La tumeur était un volumineux fibro-myome, du poids de 2.250 gr., pédiculé et implanté sur la corne droite, laissant écouler, à la coupe, un liquide séreux, qui donnait à la tumeur un aspect œdémateux spécial. M. Duret ajoute que l'examen histologique serait intéressant, car il doit exister une dilatation des espaces lymphatiques, ce qui expliquerait l'aspect œdémateux présenté par la tumeur.

P. Kworostansky. — **Chondrofibrome utérin.** — (*Beitr. f. path. Anat.*, t. XXIII. 1, 1902.)

Dans une hystérectomie totale faite à la clinique de Zurich, sur une femme de 50 ans qui, malgré la ménopause, avait des douleurs et de fortes hémorragies, on trouva, outre un fibrome sous-muqueux de 16 centimètres de large, une autre tumeur presque aussi volumineuse dans laquelle l'examen histologique révéla la présence de cartilage, de tissu ostéoïde et d'os.

L. J.

W. Walter. — **Adénome de l'utérus.** — (*Société de gynécologie et d'obstétrique du Nord de l'Angleterre*, 18 *avril* 1902.)

M. W. Walter (Manchester) montre un spécimen d'adénome utérin enlevé par l'hystérectomie vaginale chez une femme de 39 ans. Un curettage fait il y a 3 mois n'avait pas réussi à arrêter l'hémorragie. La tumeur villeuse était implantée au fond de l'utérus. Les suites de l'opération furent bonnes.

L. J.

ANNEXES

Leroy. — **Hémato-salpinx et hématocèle.** — (*Soc. anat.-clin. de Lille*, 16 *avril* 1902.)

M. Leroy a présenté une observation de grossesse tubaire qui, au cours de la laparotomie, présentait, au niveau de la trompe, un caillot dans le cul-de-sac de Douglas. On ne trouva pas de villosités placentaires.

M. Duret, à ce propos, distingue deux catégories d'hémato-salpinx ; les hématomes par grossesse tubaire et les hématomes dus à la pachysalpingite. Dans le cas cité il croit à une grossesse tubaire qui s'est arrêtée dans son évolution.

L. J.

E. Faucon. — **Hydrosalpynx double avec fortes adhérences. — Ouverture d'une anse d'intestin grêle au cours de l'ablation des annexes. — Suture intestinale. — Guérison.** — (*Société anatomo-clinique de Lille*, 22 *janvier* 1902, *in. Rev. des Scienc. méd. de Lille*, 26 *avril* 1902.)

Louise T..., ménagère, âgée de 27 ans, réglée à 17 ans, le fut toujours régulièrement toutes les trois semaines pendant huit à dix jours. Il y a deux ans, elle eut une perte de sang qui dura pendant une dizaine de jours. Depuis elle présente des leucorrhées intermenstruelles. Elle sent d'une façon intermittente une tumeur dans le flanc gauche, qu'elle aurait senti pour la première fois il y a deux ans. Enfin, au début de cette année, elle eut de la leucorrhée abondante, avec douleur à la miction, dépôt dans les urines, et tous les symptômes d'une cystite. Pas de fièvre.

A l'inspection, rien d'anormal ; à la palpation, on provoque de la douleur, quand on déprime le flanc gauche : il y a là de l'empâtement profond. Au toucher on trouve le col en arrière. L'utérus est en antéflexion : il est sensible, du volume d'une grosse noix. Sur le côté gauche, il existe une tuméfaction dure, adhérente, du volume d'une petite pomme, constituée par de l'annexite. A droite, l'utérus est en partie mobile.

L'opération est pratiquée le 9 novembre 1901. Après incision de la paroi abdominale, on trouve les deux trompes hydrokystiques, remplissant le pelvis, mêlées à des anses d'intestin grêle qui les recouvrent en partie et sont soudées par des adhérences très fortes. Malgré les précautions prises par le chirurgien, en essayant de dégager une de ces anses, l'intestin est ouvert sur une longueur de 2 centimètres environ. Il en sort un peu de matières fécales fortement teintées de bile. Clamp sur l'ouverture intestinale. On cherche les annexes droites, qui sont constituées par un hydro-salpynx adhérent. A gauche, les soudures des annexes sont encore plus fortes ; les poches d'hydro-salpynx se rompent sous la traction. Les annexes sont enlevées et on s'occupe alors de la suture intestinale ; elle est faite sur deux plans et à points très rapprochés. Après lavage de la cavité, on place un drain abdomino-vaginal, un drain abdominal, et la paroi est suturée comme d'ordinaire.

Les suites opératoires ont été excellentes. La température ne s'est jamais élevée au-dessus de 39°. La plaie opératoire s'est fermée par première intention. Après l'opération, on prit la précaution de constiper la malade. Les selles restèrent difficiles pendant un certain temps, mais l'administration répétée de laxatifs rétablit les fonctions intestinales et la malade est sortie complètement guérie dans le courant du mois de décembre.

Oui. — **Apoplexie ovarienne.** — (*Soc. cent. de méd. du dép. du Nord*, 25 *avril* 1902, *in Echo méd. du Nord*, 11 *mai* 1902.)

M. Oui présente une pièce d'apoplexie ovarienne. La malade, qui

avait des douleurs au niveau des annexes droites, présentait une métrite hémorragiqne traitée par le chlorure de zinc suivant la méthode de Delbet. D'extrêmes douleurs annexielles étant de nouveau survenues, on fit la laparotomie pour ablation des annexes malades. L'étiologie de l'apoplexie ovarienne est fort mal connue et le cas présent ne l'éclaire nullement.

JOHN S. FAIRBANK. — **Tumeurs fibreuses de l'ovaire.** — (*Obstetr. Society of London*, *7 mai* 1902.)

M. Fairbank divise les tumeurs de l'ovaire en 3 classes, pour la commodité de la description : 1° l'ovaire peut être entièrement remplacé par la néoformation, ce qui arrive pour les tumeurs de tout volume et ne dépend pas par conséquent de la dimension que peuvent atteindre les tumeurs ; 2° une tumeur locale du stroma respecte une partie de l'ovaire, qui est seulement comprimée. La tumeur tend à rester à l'intérieur de la capsule de l'ovaire ; 3° fibromes pédiculés, comme les fibromes sous-péritonéaux de l'utérus. Ils prennent naissance soit dans le stroma qu'ils franchissent plus tard ou se développent dans la tunique albuginée.

M. Alban Doran fait remarquer que les fibromes et les myomes de l'ovaire sont deux maladies distinctes. Les myomes renferment des fibres musculaires et sont reliés au ligament large qui renferme des fibres dérivées de l'utérus.

M. Bland-Sutton résume les caractères de ces tumeurs : encapsulation, forme ovoïde, dureté extrême, disposition enroulée du tissu. Les tumeurs au contraire des fibromes utérins peuvent se développer bien après la ménopause. Leur dureté est caractéristique.

M. Briggs ne croit pas que la structure cellulaire de certaines tumeurs de l'ovaire soit un caractère de malignité. Il a enlevé chez une jeune fille de 17 ans une tumeur solide de l'ovaire qui était un myxome, et l'opérée jouit d'une très bonne santé.

M. Herbert Spencer fait ressortir une des origines des fibroïdes de l'ovaire. 3 de ces cas montrent que ces tumeurs naissent dans la tunique fibreuse du follicule de de Graaf.

M. Horrock remarque que les tumeurs sarcomateuses et malignes diffèrent en général des fibroïdes, en ce que leur coupe de section reste plate, tandis que celle des fibroïdes devient de plus en plus convexe, par suite du retrait des fibres élastiques, caractère qu'il regarde comme important pour pouvoir établir immédiatement le caractère de la tumeur. L. J.

GEMMELL. — **Tumeurs solides de l'ovaire.** — (*Soc. de gyn. et d'obst. du Nord de l'Angleterre*, 18 *avril* 1902.)

M. Gemmell (Liverpool) rapporte 2 observations de tumeurs solides des ovaires. Le premier cas concerne une multipare âgée de 45 ans. Les 2 ovaires qui furent enlevés étaient le siège de tumeurs cancéreuses en partie kystiques. L'auteur a enlevé en même temps un petit fibrome de la paroi postérieure. Il existait des généralisations sur l'intestin, l'épiploon et le foie. La malade est morte 3 mois après l'opération. Dans le second cas la tumeur était un fibrome kystique de l'ovaire droit. Il existait aussi une petite tumeur de l'ovaire gauche. L. J.

Modlin. — Kyste de l'ovaire compliquant une grossesse à terme. — (*Brit. med. J.*, 17 *mai* 1902.)

Femme âgée de 21 ans, à plus de 8 mois de grossesse. Kyste volumineux de l'ovaire. Douleurs intenses, craintes de rupture du kyste. Accouchement forcé, application de forceps.

3 semaines après l'accouchement, température 38°9, circonstance qui décide l'auteur à faire l'opération. La malade put quitter l'hôpital 15 jours après l'intervention. Depuis, la patiente a eu une grossesse normale.

L. J.

R. Condamin. — **Kyste de l'ovaire et grossesse.** — (*Semaine gynécologique*, n° 22, 1902.)

M. Condamin a opéré deux malades chez lesquelles un kyste de l'ovaire avait évolué au cours d'une grossesse et n'avait manifesté sa présence qu'après l'accouchement. A ce moment éclatèrent des complications graves qui en imposèrent pour des accidents de torsion du pédicule d'un kyste ovarien. Dans le premier cas, l'accouchement normal, à terme fut suivi d'accidents péritonéaux graves. A l'opération il existait des adhérences solides entre le kyste et la face inférieure du foie, le côlon transverse, l'intestin grêle, le mésentère. Dans le second cas, le kyste de l'ovaire s'était développé pendant la grossesse. Ce kyste se rompit dès le lendemain de l'accouchement et les accidents furent attribués à la torsion du pédicule. L'intervention fut pratiquée un mois après. On constata alors plusieurs ruptures du kyste et l'existence d'adhérences. De ses observations l'auteur conclut :

1° Un kyste de l'ovaire développé avec une grossesse, peut être soulevé par l'utérus gravide presque sous la face inférieure du foie et y contracter des adhérences sérieuses ;

2° Après l'accouchement, ces adhérences, en s'opposant à la descente du kyste qui accompagne l'involution utérine, peuvent amener des déchirures de parois et des excavations sanguines ;

3° Ces accidents simulent absolument, si l'on ne tient pas compte de la bande de matité qui s'étend à droite de la fosse iliaque au foie, les symptômes de la torsion d'un pédicule d'un kyste ovarique ;

4° Sauf indication urgente, opérer après la période puerpérale : en cas d'hémorragie des parois, lier et sectionner le pédicule, avant l'extirpation du kyste ;

5° La possibilité de ces adhérences au foie est un argument de plus en faveur de l'ovariotomie pendant la grossesse dès que le diagnostic est porté et quel que soit l'âge de la grossesse.

L. J.

Alban Doran. — **Grossesse après l'ablation des deux ovaires.** — (*Soc. obst. de Londres*, 4 *juin* 1902.)

Une femme de 25 ans, après avoir eu un enfant, dut subir l'ovariotomie pour un kyste de l'ovaire gauche. Elle eut ensuite 4 autres enfants, lorsque, à 39 ans Doran dut enlever l'ovaire droit pour une tumeur semblable. La base de la tumeur fut énucléée, une partie de la capsule fut liée avec de la soie et la plus grande portion fut enlevée, mais on

n'y trouva aucune trace de la trompe. Un petit tubercule situé sur le côté gauche de l'utérus était le seul vestige de l'annexe gauche. La convalescence fut normale; plus tard, 2 ans après l'opération, la malade eut un autre enfant. Les règles cessèrent brusquement à 45 ans et il y eut quelques troubles légers de la ménopause.

Dans ce cas, il est probable que la trompe subsista intégralement et a pu, malgré la ligature, reprendre ses fonctions.

M. Bland Sutton a fait remarquer qu'il y a deux choses à considérer dans cette observation : la grossesse après une double ovariotomie et l'effet de la ligature sur la continuité de la lumière de la trompe. Pour cette dernière question, il a pu se convaincre souvent qu'une seule ligature n'empêche pas les opérées de concevoir de nouveau, bien que la grossesse n'ait jamais pu arriver à terme. Aussi en est-il arrivé à lier les trompes en deux endroits et à réséquer la portion intermédiaire lorsqu'il est indiqué d'empêcher toute grossesse future. En 1898, Bland Sutton a enlevé un kyste de l'ovaire et lia le pédicule avec de la soie mince. La convalescence ne fut marquée que par des douleurs qui finirent par disparaître : mais 10 mois plus tard, pendant les règles, la patiente découvrit sur sa serviette le morceau de fil de soie qui avait servi à lier la trompe et qui s'était échappé lentement à travers celle-ci puis à travers l'utérus. Une ligature de soie appliquée sur un uretère au cours d'une néphrectomie eut le même sort et se retrouva dans l'urine. L'application d'une simple ligature avec de la soie sur la trompe n'est donc pas un obstacle pour une nouvelle grossesse.

M. Doran a cru que, dans son cas, il était resté un fragment du tissu sain de l'ovaire dans le ligament ovarien droit. Il est facile d'enlever tout l'ovaire quand on enlève en même temps l'utérus. Mais lorsque la base du kyste est accolée étroitement à l'utérus, on ne peut que rarement séparer le ligament de l'ovaire, et il est pratiquement impossible de laisser le ligament rond ou une partie du pédicule sans laisser aussi du tissu ovarien malade ou bien portant. Il est difficile, d'autre part, de couper assez court le pédicule pour enlever tout le tissu ovarien, parce que la ligature pourrait glisser. On comprend ainsi comment la menstruation et même la grossesse peuvent survenir même après l'ablation des deux ovaires.

L. J.

PÉRITOINE

A. Mueller (München). — **La paramétrite postérieure est une maladie de l'intestin.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 1er *mars* 1902, *n°* 9.)

Chez toutes les malades présentant des douleurs en arrière de l'utérus, l'auteur examinait systématiquement l'intestin aussi haut que possible, si possible jusqu'à la partie supérieure du côlon descendant, et en même temps se renseignait sur le passé intestinal. Il arriva ainsi à cette opinion qu'un grand nombre des affections chroniques et aiguës du bas-ventre, non gonorrhéiques, provenaient exclusivement de l'intestin et que même les inflammations gonorrhéiques subissent l'influence défavorable des inflammations intestinales qui se produisent durant leur cours. Il expose le processus de la façon suivante :

Durant toutes les années d'école et de pension, par suite de la position

assise et des convenances qui obligent à troubler les fonctions du corps, les enfants acquièrent un ventre dur. C'est ce qu'indiquent parfaitement les malades ou leurs mères, en même temps qu'elles signalent des douleurs de ventre et des selles douloureuses durant l'enfance. Plus tard les jeunes filles ont de la faiblesse des reins, et leurs douleurs de reins ne leur permettent pas de rester assises sur les durs bancs de l'école.

Les cas légers se trouvent améliorés par les exercices physiques et plus tard le mariage : la dysménorrhée et les douleurs de reins cessent souvent après la première grossesse, qui produit un certain massage de la région ; mais souvent aussi, par suite du froissement des parties enflammées dans le cours de l'accouchement, surtout quand celui-ci est suivi d'une longue constipation, les troubles deviennent plus sérieux et la maladie paraît alors dater de l'acccouchement.

Au point de vue anatomique voici ce qui se passe :

La constipation provoque une irritation et l'inflammation de la muqueuse intestinale, puis de la musculaire et même du tissu conjonctif périphérique. Il se produit des abcès muqueux, des gonflements des follicules et aussi des abcès sous-muqueux. Puis, dans les régions recouvertes de péritoine, se forme une péritonite locale, avec des adhérences unissant l'intestin à la paroi pelvienne ou aux organes voisins, annexes, utérus, intestin grêle. Là où le péritoine manque dans la région du troisième sphincter, le processus gagne les ligaments utéro-sacrés qui enserrent l'intestin.

Il y a à ce niveau, de toute façon, un arrêt des matières par suite de la coudure que subit l'intestin ; aussi est-ce là le point le plus fréquemment et le plus fortement malade.

Les ligaments sacrés enflammés exercent, sur l'intestin, une constriction encore plus énergique et gênent plus encore le passage des matières fécales durcies. L'inflammation augmente et, comme au-dessus les matières stagnent, elle s'étend vers le haut. Malgré des débâcles et des selles régulières, de grandes quantités de matières peuvent séjourner dans le côlon dilaté au-dessus du rétrécissement. Même quand mécaniquement il n'y a pas de rétrécissement marqué, toute la paroi intestinale se trouve irritée au point que le contact des matières dures provoque des contractions tétaniques qui arrêtent ces matières dures, d'où alternatives de diarrhées et de constipation.

Des ligaments le processus gagne l'utérus et le col. C'est ainsi que naissent, chez les vierges, l'antéflexion pathologique avec col cartilagineux, le catarrhe cervical et la dysménorrhée.

Si l'on réussit à supprimer l'infiltration du paramétrium postérieur et du col, la dysménorrhée disparaît. L'inflammation peut atteindre le périoste du sacrum et les nerfs qui en sortent ; on a alors la périostite, la périnévrite et les noyaux douloureux si souvent décrits. Si le processus remonte au-dessus des ligaments sacrés, dans l'intestin, il provoque, outre la rétroposition, de la rétroversion ou de la rétroflexion, c'est-à-dire des adhérences des parties plus ou moins élevées du corps utérin avec la paroi pelvienne postérieure. Il se forme alors de la périmétrite et de la véritable péritonite locale. Si les adhérences se trouvent à droite du promontoire, dans la région du plexus sympathique, du ganglion solaire, on a des troubles réflexes gastriques : nausées, douleurs épigastriques, renvois, etc.

S'il survient une grossesse, les adhérences sont tiraillées, d'où des vomissements qui cessent si, par le massage, on parvient à détacher la paroi postérieure de l'utérus de la paroi antérieure de la colonne vertébrale et du sacrum; si l'utérus ne peut être libéré, il peut y avoir accouchement prématuré spontané ou on peut être forcé de le provoquer.

Si l'inflammation du tissu conjonctif pelvien, ou au niveau des adhérences péritonéales, dépasse le stade exsudatif, il peut se former des collections purulentes paramétro-intestinales ou péritonéales enkystées, pouvant rester silencieuses très longtemps, ou bien s'ouvrant dans le rectum, plus rarement dans le vagin ou la vessie, ou enfin dans la cavité péritonéale avec péritonite généralisée.

Les abcès superficiels de la paroi rectale sont fréquents: ils se manifestent par des douleurs térébrantes, qui augmentent puis disparaissent. Les malades prévenues trouvent alors du sang et du pus dans les selles.

Quand, sous l'influence de la coprostase, la maladie gagne l'S iliaque et le côlon, il se forme des diverticules muqueux, des adhérences de l'intestin avec les os, surtout à gauche, au-dessus de la ligne innominée, au niveau de la fosse iliaque ; le mésocôlon se rétracte, d'où gêne de la mobilité de l'intestin.

Comme conséquence éloignée, on note le catarrhe de la muqueuse du gros intestin.

Le processus pathologique peut s'étendre davantage aux organes génitaux, surtout par suite d'un refroidissement durant les règles, etc., et produire la métrite, la salpingite, l'oophorite.

Il est clair que le processus pathologique peut suivre une direction inverse, du col utérin vers les ligaments sacrés et le rectum.

Mais, selon l'auteur, cette dernière popagation serait moins fréquente, et le début serait le plus souvent une maladie primitive de l'intestin.

M. B.

BOURSIER. — **Altération rare de l'épiploon.** — (*Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux. Séance du 13 mai 1902.*)

M. Boursier a présenté des pièces provenant d'une hystérectomie abdominale totale pour fibrome chez une femme de 35 ans.

A l'ouverture du ventre, on trouva une bride épiploïque de 30 centimètres de long enroulée en spirale, qui se terminait par une dilatation cylindrique pleine d'un liquide transparent. A la bride épiploïque était appendue une masse kystique formée de 7 petits kystes d'origine lymphatique. Il s'agissait d'une énorme varice lymphatique dont la production serait due à la tension vasculaire de la bride épiploïque.

L. J.

MM. DUBOURG et BOSSUET. — **Cas de coexistence chez le même sujet de trois tumeurs de nature différente ; kyste dermoïde du grand épiploon.** — (*Soc. d'anat. et physiol. de Bordeaux*, 13 *février* 1902, *in Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 *avril* 1902.)

Il s'agit d'une femme de 43 ans, chez qui on a trouvé à la fois : 1° un fibrome de l'utérus ; 2° un kyste de l'ovaire gauche ; 3° un kyste dermoïde de l'épiploon.

Le diagnostic des deux dernières tumeurs, masquées et immobilisées par le fibrome, n'avait pu être fait.

L'une des trois tumeurs qui coexistaient chez le sujet qui a fait l'objet de la présentation précédente est particulièrement rare. C'est un kyste dermoïde, gros comme une tête de fœtus, contenant une grande quantité de sébum, un fragment osseux, trois dents et de nombreux poils, et siégant dans l'épaisseur du grand épiploon. Jusqu'à présent on n'a encore jamais signalé de kyste dermoïde du grand épiploon.

M. Villar. — La coïncidence du fibrome de l'utérus et de kyste de l'ovaire n'est pas très rare et a été étudiée dans la thèse du Dr Zalidès.

M. Boursier. — L'ovaire du côté opposé était-il sain?

M. Bossuet. — On n'a pas trouvé cet ovaire.

M. Boursier. — Il aurait été intéressant de s'assurer de l'état de cet ovaire, car on pourrait avoir eu affaire à un ovaire scléro-kystique.

Auguste Reverdin. — **Tumeur du ligament large.** — (*Soc. med. de Genève*, 19 *février* 1902, *in Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 *avril* 1902.)

Cette tumeur, du poids de 8 kilogr., a été extraite la veille chez une femme multipare, âgée de 39 ans. Quoique intimement adhérente à toute la face interne du ligament large gauche, elle a pu être énucléée sans trop de difficultés. Pas de pédicule. La masse principale est formée d'un globe de tissu fibreux très dense, recouvert, surtout en avant, par une couche épaisse de 6 à 8 centimètres de tissu kystique. Les innombrables kystes qui la composent sont de dimensions très diverses: les gros ont le volume d'une orange. Leur contenu est épais, filant, blanc-jaunâtre. L'opération a duré cinquante minutes et n'a pas été sanglante.

L'intérêt que présente ce cas est surtout relatif au diagnostic. Il était curieux, en effet, de sentir la partie solide de la tumeur au-dessous de la zone kystique, laquelle donnait la sensation de fluctuation. Le col était très fortement élevé et regardait la concavité du sacrum. Les fonctions urinaires étaient gênées.

A. Cocchi et E. Santi. — **Recherches sur le tissu élastique du ligament rond et du cordon ombilical.** — (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, *n°* 7, 1901.)

A la périphérie du ligament rond, le tissu élastique est réuni en fibrilles et en faisceaux assez épais disposés en couches circulaires; d'autres fibrilles perpendiculaires aux premières les réunissent entre elles et forment des mailles qui entourent les fibres musculaires. A l'intérieur du ligament, les éléments élastiques constituent une série de mailles desquelles se détachent des septa qui s'entrelacent avec les faisceaux et même avec les cellules musculaires, de manière qu'on peut affirmer que celles-ci, pour la division successive, dans toutes directions, des fibrilles élastiques, sont entourées complètement d'éléments élastiques.

2° Les fibres musculaires de la portion interne de la couche moyenne des vaisseaux du cordon ombilical ont une direction longitudinale : quelques-unes ont une direction oblique, et seules celles de la portion externe une direction circulaire, disposition qui a, selon les auteurs, une très grande importance pour expliquer la formation des plis dans les vaisseaux sectionnés et qui en obturent presque complètement la lumière.

Dans la portion plus interne de la paroi des vaisseaux existe une couche très mince de fibres élastiques, qui forment des mailles en rapport avec les fibres musculaires longitudinales, et une série de couches uniformes et détachées entre les fibres musculaires circulaires.

Ces derniers faisseaux élastiques sont assez considérables et en rapport avec les éléments à maille par de toutes petites fibrilles perpendiculaires. Dans la couche extérieure des vaisseaux, les éléments élastiques sont courtes, minces, très peu ondulés et ne s'entrelacent pas entre eux. Les veines ont une constitution semblable, mais leurs parois ont une grande épaisseur.

Dans le tissu conjonctif du cordon, les fibres élastiques commencent par se développer autour des vaisseaux, sont très fines et très courtes, légèrement ondulées et presque toujours suivent la direction des cellules connectives, sans former néanmoins des mailles.

A. Smith. — **Fibromyome intraligamentaire.** — (*Société gynécologique de la Grande-Bretagne*, 8 *mai* 1902.)

M. Alfred Smith présente un fibromyome intraligamentaire bilatéral, du poids de 10 livres, en état de dégénérescence muqueuse. M. Bed-Fenwick a montré une tumeur analogue dont la partie inférieure était insérée dans le ligament large.

L. J.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Denis. — **A propos d'un cas de grossesse extra-utérine.** — (*Gaz. méd. d'Orient*, 15 *mai* 1902.)

M. Denis a opéré une femme qui présentait une tumeur volumineuse du côté gauche, faisant corps avec une tumeur plus petite située à droite. Il y avait eu retard des règles, expulsion d'une caduque, douleurs. L'opération fut commencée par la voie vaginale. Une hémorragie abondante s'étant produite par cette voie, et en présence de l'inconnu, l'opération fut continuée par une laparotomie qui permit d'enlever un kyste de l'ovaire hémorragique. Plus bas, dans la profondeur, se trouvait un kyste fœtal formé dans le tiers externe de la trompe.

Dans les cas obscurs et dans les grossesses ectopiques, l'auteur conseille la voie abdominale comme offrant beaucoup plus de sécurité.

L. J.

R. Pichevin. — **Régles et grossesse extra-utérine.** — (*Sem. gyn.*, 22 *avril* 1902.)

Des observations prises par M. Pichevin, il résulte que la femme qui porte une grossesse tubaire peut continuer à être réglée : bien que le fait soit rare, il est donc exact. On ne doit donc pas se fier à la persistance de la menstruation pour éliminer l'hypothèse de la grossesse tubaire.

L. J.

Lop. — **Grossesse tubaire avec conservation de la menstruation.** — (*Société obstétricale de France*, 3, 4, 5 *avril* 1902.)

M. Lop a donné une observation de grossesse tubo-interstitielle de dix

semaines, qui occasionna des hémorragies graves et fut suivie de l'expulsion de fragments de môle hydatiforme. La masse fut extraite par le curage digital, suivi de curettage.

RÉCAMIER et ÉTHIER. — **Rupture de grossesse tubaire. Hémorragie, injection intra-veineuse de sérum, laparotomie, guérison.** — (*Semaine gynécologique*, nº 20, 1902.)

On connait un grand nombre d'observations de femmes sauvées par les injections de sérum lors de grandes hémorragies internes

L'intérêt de l'observation publiée est de montrer la supériorité des injections intra-veineuses sur l'injection sous-cutanée lorsque le cœur bat faiblement. Les injections sous-cutanées ont été insuffisantes dans ce cas et seules les injections intra-veineuses ont permis de faire la laparotomie et de relever ensuite l'état général jusqu'à guérison complète. La grossesse ectopique datait de moins de deux mois et l'hémorragie fut immédiatement d'une abondance extrême.

L. J.

A. WITTING. — **Contribution à la connaissance histologique des causes de rupture de la trompe gravide.** — (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, nº 7, 1901.)

L'auteur a eu occasion d'en étudier trois cas : il relate seulement le troisième qui présentait des caractères anatomiques et histologiques très nets.

Mme M..., âgée de 28 ans, mariée. Pas de tare héréditaire. Réglée à 14 ans, toujours avec douleur. Après un avortement en 1897, elle eut des douleurs très fortes à l'abdomen, qu'un médecin mit sur le compte d'une affection des annexes. En guérit sans aucun traitement et se porta bien jusqu'à février 1901. Admis dans la clinique obstétricale de Florence, on posa le diagnostic de « tumeur du cul-du-sac vésico-utérin; grossesse extra-utérine probable ». La laparatomie, exécutée 15 jours après, décela une tumeur constituée par la trompe droite, qu'on extirpa : on extirpa aussi l'autre ovaire, légèrement hypertrophié. Les suites de l'opération furent très bonnes et la malade fut complètement rétablie dans les huit jours.

La tumeur, d'une forme arrondie, est presque complètement développée dans la portion intraligamenteuse, a le volume du poing, est résistante à la pression. Du pavillon de la trompe déborde un embryon de 3 centimètres de longueur, macéré. Le contenu de la tumeur est constitué par du sang, qu'on dirait provenir de plusieurs hémorragies successives. Les parois ont presque partout une épaisseur assez forte : sur le côté latéral droit on trouve ces parois dilacérées complètement. L'ouverture est presque circulaire, a un diamètre de 3 centimètres et donne issue à des caillots noirs.

Après fixation au moyen de formaline au 3 % et d'alcool, on a coloré les coupes avec l'hématoxyline, l'alun éosinique, l'acide picrique, le brun de Bismarck, la thionine.

A l'examen microscopique, on voit les vaisseaux altérés ; les fibres musculaires sont écartées et divisées, comme déchirées : dans les endroits qui entourent la lacération il y a une grande quantité de cellules

géantes, mononucléées, dont le protoplasma granuleux était chargé de granulations hémaphéiques.

Entre les faisceaux musculaires on voit des infiltrations hémorragiques diffuses, des amas de pigment hématique.

L'auteur, qui malgré une série très nombreuse de coupes n'a jamais vu pénétrer dans l'épaisseur des parois de la trompe les villosités du chorion, même en ne niant pas une certaine valeur à la distension causée par le développement de l'œuf, considère comme ayant une importance très grande dans le processus les cellules géantes rencontrées dans l'épaisseur des parois. Ces cellules, qu'on peut considérer comme analogues aux cellules syncytiales, pénètrent entre les faisceaux musculaires en les éloignant et les divisant les uns des autres. — Mais ne pouvant pas se nourrir à cause des troubles circulatoires siègeant dans les parois de la trompe, elles meurent : il se forme ainsi des lacunes dans lesquelles pénètre le sang qui finit par désagréger complètement ces cellules mortes. En correspondance avec ces foyers hémorragiques et particulièrement où ils sont nombreux et très rapprochés, les parois perdent leur résistance et deviennent toujours minces et faibles. Il suffit alors d'une action mécanique quelconque, pour intéresser la tunique externe, et pour en déterminer la rupture.

Mayo Robson. — **Grossesse ovarienne primitive.** — (*Soc. obst. de Londres*, *4 juin* 1902.)

Bien que l'auteur opéré environ 50 cas de grossesse extra-utérine, le cas présenté est peut-être le seul dans lequel on puisse démontrer l'existence de la grossesse ovarienne primitive. Il s'agit d'une femme de 24 ans, admise à l'hôpital dans un état de collapsus profond. La veille, 6 semaines après ses dernières règles, elle ressentit une douleur subite du côté droit du ventre, tomba dans un état syncopal et vomit. A l'examen, on trouva le ventre distendu, on perçut de la fluctuation, mais pas de tumeur : l'utérus était immobilisé et le cul-de-sac de Douglas proéminent.

L'opération immédiate fut faite sur le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine. On trouva sur la base de l'ovaire une masse solide entourée d'une membrane : en ouvrant cette masse de l'ovaire, on trouva une cavité dans l'ovaire même et dans celle-ci un petit œuf. La grossesse siégeait sur l'ovaire droit. La trompe et l'ovaire gauche étaient sains. L'embryon contenu dans le sac avait environ 4 millimètres de long. D'après la position de la trompe droite, dont le pavillon était très adhérent à la paroi de la poche de Douglas, laissant l'ovaire libre au-dessus de lui, il semble probable que les spermatozoïdes peuvent atteindre l'ovaire droit à travers la trompe gauche normale.

L. J.

ÉTAT GÉNÉRAL

E. Verroni. — **Les cellules éosinophiles dans les affections gynécologique et leur valeur clinique.** — (*Annali di ostetricia e di ginecologia*, *n°* 8, 1901.)

Les recherches de l'auteur portent sur 120 femmes qui étaient atteintes de différentes maladies gynécologiques. L'examen du sang, selon Ehrlich,

a été pratiqué avant et après l'intervention opératoire : plusieurs fois dans le cours de la maladie si on n'opérait pas.

Sur 23 cas de tumeurs ovariennes, 5 fois seulement on remarqua une augmentation des cellules éosinophiles et une fois une véritable éosinophilie, dont la valeur est presque négative puisque le kyste ovarique était suppuré. Normaux aussi sont les résultats obtenus dans 35 cas d'affections des annexes, du parametrium et du péritoine pelvien. L'augmentation, très faible et sans rapport avec la gravité et l'étendue de la maladie, dans 28 cas de fibromyome et dans 11 cas de carcinome utérin, n'a pas non plus de valeur.

Enfin les 23 cas d'affections abdominales les plus variées prouvent qu'on ne peut pas attribuer aux cellules éosinophiles une valeur quelconque en gynécologie. L'intervention opératoire et tous les autres moyens thérapeutiques essayés n'eurent pas la moindre influence sur ces cellules. L'auteur fait observer aussi que, presque toujours, les maladies gynécologiques sont compliquées par des altérations d'autres organes, et arrive à cette conclusion que les affections gynécologiques n'influencent en rien l'éosinophilie et que celle-ci n'a aucune valeur ni diagnostique ni prognotique.

LLOYD-ROBERTS. — **Urémie mortelle consécutive à l'ovariotomie.** — (*Soc. de Gyn. et d'Obst. du Nord de l'Angleterre*, 18 *avril* 1902.)

M. Lloyd-Roberts relate le cas d'une femme de 58 ans, multipare, atteinte d'une volumineuse tumeur de l'ovaire et présentant une albuminurie intense. L'opération fut faite après avoir soumis la malade au régime lacté jusqu'à la réduction de l'albumine à de simples traces. L'albuminurie augmenta et l'urine diminua après l'opération; mort dans le coma urémique 10 jours plus tard. Pas de signe de septicémie ni de péritonite. A l'autopsie, néphrite double, les autres organes indemnes.

L. J.

Alfred EGON NEUMANN (Berlin). — **De la stérilité artificiellement provoquée chez les femmes phtisiques.** — (*Centrablatt für Gynäk*, 22 *mars* 1902, *n°* 12.)

Précédemment Pincus avait conseillé la « castration utérine atmocaustique » chez les femmes gravement malades dans l'âge génital, pour empêcher toute grossesse, et par la suppression des règles, conserver à ces femmes les humeurs utiles à la vie.

L'auteur s'élève contre cette opération, d'abord pour des raisons psychiques, la ménopause étant considérée à tort ou à raison par les femmes et surtout par les phtisiques comme indiquant la fin, et il convient, chez les phtisiques, d'éviter toute dépression morale.

Ensuite les troubles de la ménopause agissent également d'une façon défavorable sur le moral de ces femmes.

Si donc on veut provoquer la stérilité chez ces femmes malades, ce qui pour l'auteur est une conduite qu'il approuve, il faut chercher à le faire, sans faire disparaître la menstruation et, dans ce but, il convient de s'adresser à l'excision cunéiforme des trompes décrite par l'auteur en 1898. L'opération est facile et courte ; elle exige peu de chloroforme : par une petite boutonnière abdominale, on attire l'une, puis l'autre trompe et on en resèque une petite longueur.

M. B.

THÉRAPEUTIQUE — CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

M. LE ROY BROWN. — **L'opération d'Alexander dans les rétroversions mobiles de l'utérus.** — (*Médical Record*, 22 *février* 1902.)

L'auteur, pendant huit années, a pratiqué l'opération d'Alexander pour rétroversions mobiles de l'utérus, et a trouvé que cette opération constitue la plus parfaite et la plus sûre des méthodes pour maintenir en avant un utérus simplement réfléchi. Il rapporte 230 cas d'opérations d'Alexander exécutées au « Woman's Hospital de New-York », avec deux morts seulement. Dans l'un de ces cas, il y avait eu rétroversion avec formation d'adhérences. La laparotomie fut pratiquée, les adhérences détachées, et l'Alexander effectué. La malade mourut de péritonite septique. Dans le second cas, des phénomènes tétaniques éclatèrent quelques jours après l'opération exécutée par la méthode d'Alexander, et la femme expira à la suite d'une embolie. Dans ces deux cas, on ne peut imputer la cause de la mort à l'opération d'Alexander elle-même. Aussi, l'auteur approuve-t-il les paroles d'Alexander qui disait que la mort n'a pas plus de chance de se produire après « son opération qu'après l'amputation d'un doigt ».

M. le Roy Brown fait observer que la condition capitale pour réussir un Alexander est d'avoir un utérus mobile, et, quand des adhérences existent, de rompre toutes celles que cet organe peut avoir contractées Il rappelle la technique de l'opération, en portant une attention toute particulière pour la dissection du fascia superficiel qu'il ne faut pas confondre avec l'aponévrose de l'oblique externe, et montre qu'au point de vue anatomique, chirurgical et clinique, les résultats, donnés par l'Alexander, sont excellents.

L'auteur a pour habitude, en faisant la dissection du ligament rond, de conserver les petits nerfs qui accompagnent ce ligament, et, autant que possible, s'applique à les libérer de la gangue cellulaire qui les enveloppe. Il a remarqué qu'après cette méthode, les malades ne se plaignaient plus de douleurs dans cette région.

Enfin, après avoir mentionné la possibilité de l'accouchement d'une façon normale chez les femmes qui ont eu leurs ligaments ronds raccourcis, M. le Roy Brown note que, dans certaines conditions, la hernie inguinale peut survenir, consécutivement à un Alexander. Mais cet accident peut facilement être évité, et ne se présente le plus souvent que lorsque l'anneau inguinal externe est de dimensions exagérées, ou que l'orifice superficiel du canal inguinal a été agrandi ou détruit au cours de l'opération.

M. GEORGE W. KAAN. — **De l'utilité du pessaire.** — (*Annals of Gynecology and Pediatry, décembre* 1901.)

L'auteur fait valoir les avantages d'un bon pessaire, dans certaines déviations de l'utérus, et pense que plusieurs affections utérines peuvent guérir absolument par un traitement médical, général et local, associé au massage et au port du pessaire. Mais il existe un grand nombre de rétro-déviations, s'empresse d'ajouter M. Kaan, où l'application du pessaire, à cause de l'état inflammatoire ou congestif de l'utérus, devient

tout à fait illusoire, et doit même être contre-indiquée. Ces cas comprennent tous ceux où la malade ne peut supporter le pessaire, soit parce que l'utérus est très sensible ou en subinvolution, soit parce qu'il existe des adhérences ou des bandes cicatricielles ou une tumeur qui fait basculer lourdement en arrière et en bas le fond de l'organe.

M. Kaan reconnaît que les causes qui produisent les déviations utérines, abstraction faite de celles dues aux tumeurs de l'utérus ou aux organes voisins, dépendent du relâchement des liens de suspension de l'utérus et de la formation d'adhérences qui, consécutives à une paramétrite ou à une péritonite chronique, maintiennent l'organe utérin dans une mauvaise position. Tout spécialement, l'auteur insiste sur ce fait que les déviations utérines peuvent être réparties en deux grandes catégories. Dans l'une, ces déviations sont dues à une fixation anormale de l'utérus; dans l'autre, ces mêmes déviations sont dépendantes d'un relâchement des liens de suspension normale de l'organe. Dans ces deux catégories de déplacements utérins, on note un état inflammatoire et congestif. Mais, dans le premier cas, l'état inflammatoire est la *cause active* de la déviation, tandis que, dans le second cas, la nature inflammatoire et congestive de l'utérus n'est que le *résultat* de la déviation. Par conséquent, le traitement, dans la première catégorie de ces déplacements utérins, devra être dirigé tout d'abord contre l'inflammation elle-même, et n'exigera l'application du pessaire qu'ultérieurement, tandis que, dans la seconde catégorie, le rétablissement de l'utérus en position normale, au moyen du pessaire, devra être le premier but à atteindre.

M. Kaan compare les résultats du pessaire à ceux obtenus chirurgicalement dans plusieurs opérations gynécologiques et fait les remarques suivantes :

La restauration du plancher périnéal peut quelquefois ramener l'utérus dans sa position normale.

Les opérations pratiquées par le vagin sur le fond de l'utérus, comme dans la méthode de Mackenrodt, ne sont pas de grande valeur dans certaines déviations utérines.

Les opérations pratiquées généralement sur les ligaments ronds, par la méthode intra ou extra-abdominale sont incertaines et non exemptes de dangers.

Les opérations intra-abdominales faites sur le ligament rond ne prouvent pas un succès, car la récidive survient assez fréquemment.

Les opérations extra-abdominales, opérations d'Alexander plus ou moins modifiées, sont contre-indiquées dans les cas compliqués d'un état inflammatoire généralisé ou de formation d'adhérences. De plus, ces opérations ne peuvent être pratiquées après la ménopause, car les ligaments perdent de leur résistance en s'atrophiant. Enfin, la hernie inguinale est une complication qui a été signalée après ces opérations.

La ventrofixation dont le but est de provoquer la formation de tractus de tissus fibreux entre le fond de l'utérus et la paroi abdominale, afin de maintenir cet organe en avant, n'est pas une opération absolument efficace. En effet, ces bandes fibreuses se relâchent quelquefois, et l'utérus retombe dans sa position défectueuse. D'autre part, des accidents d'obstruction intestinale ont été rapportés consécutivement à cette fixation de l'utérus. Enfin, l'hystéropexie est assez souvent mal supportée, causant aux femmes de la gêne et du malaise. L. S.

M. PAUCHET (d'Amiens). — **Utérus double enlevé par la voie vaginale.** — (*Gazette des Hôpitaux*, 18 *janvier* 1902.)

L'auteur fait savoir qu'il extirpa par la voie vaginale un utérus duplex unicollis, du type des rongeurs, sans avoir eu besoin de le morceler.

Il s'agit d'une femme de 33 ans qui eut une menstruation régulière et plusieurs grossesses normales. Depuis deux ans, cette femme est anémiée et affaiblie par des ménorrhagies abondantes, rebelles à tout traitement médical. Le vagin de cette femme était large et présentait sur la paroi postérieure *un raphé saillant*, sorte de cloison incomplète et mobile, se renversant à droite ou à gauche de la ligne médiane. En somme, il n'existait qu'une ébauche de cloisonnement du vagin.

Par le toucher, l'auteur sentit un utérus un peu plus gros qu'une matrice normale, dévié à gauche et flanqué à droite d'une masse dure, lisse, non douloureuse à la pression, et porta le diagnostic de petit fibrome. Le vrai diagnostic ne fut posé qu'au cours de l'intervention, au moment du décollement de la face antérieure de l'utérus pour séparer cette dernière de la partie correspondante de la vessie.

M. Pauchet intervint ainsi : Incision vaginale autour du col. Décollement de l'organe en avant et en arrière. Hémastose et section des bases des ligaments larges. Hémisection de la partie inférieure du col. Bascule en avant de l'utérus droit qui paraît plus petit. Hémostase et section de son ligament large. Hémostase et section de la partie supérieure du ligament large gauche. Les annexes, qui paraissent normales, sont laissées. Suites normales.

A l'examen de la pièce, le col, unique dans sa portion vaginale, se divise avant d'arriver au point qui normalement répond à l'isthme. Sur le reste de son étendue, la pièce représente deux utérus distincts, celui de gauche étant plus gros que celui de droite.

M. Pauchet rappelle que la pathogénie de la duplicité utérine s'explique aisément; chez l'embryon femelle, les trompes, l'utérus et le vagin se forment aux dépens des canaux de Müller. Ces derniers, placés de chaque côté de la ligne médiane, demeurent isolés dans leur partie supérieure pour former les trompes et se fusionnent dans le reste de leur étendue pour former l'utérus et le vagin. C'est, du moins, ce qui se produit chez l'homme et le singe ; mais chez certains mammifères, la fusion des deux conduits peut faire défaut sur une partie ou la totalité du trajet. D'où, les variétés d'*utérus et vagin doubles* (marsupiaux); d'*utérus double et vagin unique* (rongeurs); d'*utérus bicorne et vagin unique* (carnassiers).

L'utérus que présente M. Pauchet est un type se rapprochant de l'appareil génital des rongeurs.

R. PICHEVIN. — **De la péritonisation.** — (*Semaine gynécolog.*, *n°* 21, 1902.)

L'auteur reconnaît à la péritonisation ou autoplastie du péritoine les avantages suivants : elle met les opérées, dans une certaine mesure, à l'abri de l'obstruction intestinale. Elle empêche la production des adhérences intestinales.

La reconstitution du plancher pelvien, la nécessité de bien réunir le

péritoine de façon à faire disparaître les surfaces cruentées met le chirurgien dans l'obligation de faire une hémostase parfaite.

Quand la péritonisation est faite, il n'y a plus de suintement sanguin. Le cœlome débarrassé du sang qui a pu s'écouler est absolument net.

La suppression de tout bouillon de culture, l'existence d'une surface péritonéale normale, sont d'excellentes conditions pour activer la phagocytose. Malgré cela, le drainage n'est pas inutile.

L. J.

W.-J. SINCLAIR. — **Hystérectomie paravaginale.** — (*Soc. de Gyn. et d'obst. du Nord de l'Angleterre*, 18 *avril* 1902.)

M. W.-J. Sinclair (Manchester) relate un cas dans lequel il a enlevé l'utérus pour un cancer du col par l'opération paravaginale (Schuchardt). La méthode offre l'avantage de pouvoir mieux se rendre compte de l'étendue des lésions du côté des fosses ischio-rectales, et permet de faire une opération très complète.

L. J.

DJEMIL PACHA. — **Hystérectomie abdominale par le procédé de Wertheim.** — (*Gaz. méd. d'Orient*, 1er *mai* 1902.)

L'auteur rapporte 2 cas d'hystérectomie abdominale avec évidement du bassin, par le procédé de Wertheim, pour le cancer de l'utérus. Dans l'un, la guérison s'est maintenue depuis 6 mois : dans l'autre, la récidive est certaine, en raison de l'envahissement de la vessie et du rectum.

Djemil Pacha donne la préférence au procédé de Wertheim comme opération radicale et présentant cet avantage que beaucoup de cancers, considérés jusqu'ici comme inopérables, à cause de leur extension sur le vagin et les tissus paramétritiques, peuvent être opérés avec quelques chances de guérison, tandis que par le procédé de Jabouley, la récidive serait plus fréquente, car on ne peut alors extirper le parametrium et le vagin malades et empêcher le suc cancéreux de tomber dans le petit bassin.

L. J.

M. O. REVERLY CAMPBELL. — **De la myomectomie : sa place dans le traitement des fibro-myomes de l'utérus.** — (*Annales of Gynæcology and Pediatry, février* 1902.)

La myomectomie est l'opération qui consiste à faire l'ablation de la tumeur ou des tumeurs de l'utérus avec conservation de cet organe. Mais c'est une opération qui n'est pas applicable à tous les cas de fibro-myomes utérins et qui ne peut être effectuée que dans certains cas particuliers. Toutes les différentes variétés de fibromes, sous-péritonéaux, interstitiels, sous-muqueux, ne pouvant, quoi qu'on ait pensé autrement jadis, être traitées par cette méthode.

M. Campbell rappelle la technique de la myomectomie, et recommande, pour éviter la trop grande abondance de l'hémorragie, le tamponnement de la cavité utérine avec le perchlorure de fer. Il fait

remarquer que cette opération peut être pratiquée par la voie vaginale autant que par la voie abdominale, surtout dans les cas de tumeurs fibromateuses de petit volume, et rappelle que M. Alexander a rapporté un cas de fibrome volumineux, pesant 15 livres, enlevé par la myomectomie.

D'après les statistiques de Martin et de Noble, la mortalité, d'après les opérations pour fibromes compliqués de l'utérus, s'élève à 27 0/0, suivant le premier de ces deux auteurs et à 35 0/0, selon l'autre. M. Campbell a observé que cette mortalité, consécutive à une hystérectomie, à une hystéro-myomectomie et à une myomectomie, n'atteint qu'une proportion de 3 à 5 0/0, et que cette proportion serait probablement de 33 1/3 0/0, s'il n'y avait pas eu d'intervention. Aussi, l'auteur recommande-t-il d'opérer le plus tôt possible, toutes les fois qu'un fibrome de l'utérus est diagnostiqué. Dans ces cas, la myomectomie est toujours praticable, inoffensive, et les complications caractérisées par des dégénérescences de la tumeur, causes de la mort le plus souvent, sont facilement évitées.

M. Campbell rappelle que les deux grands dangers de la myomectomie, l'hémorragie et l'infection, ne doivent pas être redoutés tant que l'opération est faite avec soin. Il termine en disant que la myomectomie est susceptible d'être effectuée chez les femmes jeunes, avec conservation des fonctions de l'utérus et de l'ovaire pour la fécondation, et cite une observation, où après opération pour fibrome, une femme mit au monde un enfant bien portant.

C. S.

VOITURIEZ. — **Des hémorragies post-opératoires après l'hystérectomie abdominale.** — (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 25 *janvier* 1902.)

Les hémorragies post-opératoires ne sont pas très rares à la suite des interventions abdominales. Leurs causes sont multiples, leur apparition prochaine ou tardive, leur gravité souvent considérable; aussi le chirurgien doit-il les redouter comme une complication, qui compromettra un succès opératoire et mettra en jeu sa responsabilité.

Les hémorragies post-opératoires peuvent être précoces ou tardives. Précoces, elles reconnaissent pour cause, soit une absence de ligature, soit une ligature qui lâche. Elles peuvent être de même artérielles ou veineuses. Chez certaines femmes dont le système veineux est énorme, distendu, à valvules insuffisantes, chez lesquelles s'observe ce que Richet appelait le *varicocèle utéro-ovarien*, l'on peut avoir, après les opérations, des hémorragies veineuses dont l'origine n'a pas d'autre source que le défaut de fermeture de grosses veines demeurées béantes. Mais le plus souvent, l'hémorragie est artérielle, et son origine est facilement reconnue au moment de l'intervention; il s'agit de l'artère utéro-ovarienne ou de l'artère utérine, cette dernière étant le plus souvent en cause, car sa ligature présente certaines difficultés à cause de la profondeur. En outre, cette artère a une tendance à se retirer, à se recroqueviller; elle peut, dans certains cas, ne pas donner de sang au moment de la section, et déterminer plus tard une hémorragie secondaire.

Le détachement d'adhérences, dans lesquelles se trouvent des vaisseaux de nouvelle formation, de calibre notable, peut aussi déterminer

des hémorragies, mais le sang s'écoule alors pendant l'hystérectomie, et le chirurgien doit parer, séance tenante, à cet incident opératoire.

Les hémorragies tardives se produisent quelquefois une semaine après l'hystérectomie. Elles sont plus rares, se rapportent soit à des infections septicémiques, soit à la chute d'eschares, comprenant dans leur épaisseur un tronc artériel ou veineux volumineux. Sur huit cas d'hémorragies graves à la suite de l'hystérectomie, Baudron en cite cinq qui se sont produites quelques heures après l'opération, une seule au septième jour.

Au point de vue du siège de l'épanchement sanguin, il faut distinguer les hémorragies sous-péritonéales et intra-péritonéales.

Les *hémorragies sous-péritonéales* sont ou limitées et enkystées, ou s'écoulent librement au dehors par le vagin laissé ouvert.

Dans le premier cas, il s'agit d'*hématome intraligamenteux*. Le sang se collecte dans le tissu cellulaire du ligament large, et forme une poche à parois irrégulières; son contenu sanguin est transformé peu à peu; il se coagule rapidement et se résorbe avec lenteur.

Dans le second cas, quand, par exemple, on a fermé le vagin et suturé par-dessus le péritoine (*méthode d'exclusion*, Duret, Quénu), le sang s'écoule au dehors rapidement par les voies génitales, malgré le tamponnement iodoformé, et ne tarde pas à inonder le lit.

Les *hémorragies intrapéritonéales* sont plus fréquentes et plus redoutables; c'est à un cas de cet ordre que l'auteur a eu affaire, et nous allons en résumer l'histoire clinique ainsi que le traitement.

Dès le début, la malade accuse des douleurs vives dans l'abdomen; en même temps, le pouls s'accélère, la face devient pâle, les extrémités se refroidissent; si l'hémorragie continue, le pouls devient petit, filiforme, incomptable; les battements du cœur sont faibles et très précipités; les téguments et les muqueuses se décolorent, la vue s'obnubile, la sensibilité disparait, et l'état syncopal s'accentue si l'on n'intervient pas. Bientôt, le ventre se ballonne, la température du corps s'abaisse, et il peut y avoir des vomissements.

En même temps que se fait l'inondation péritonéale, le sang s'écoule au dehors par les voies génitales malgré le tamponnement de gaze iodoformée et souvent en quantité considérable.

Le diagnostic ne présente pas de difficultés pour le clinicien; on ne peut confondre avec une syncope chloroformique, ni avec le schock opératoire, car les malades se sont réveillées, ont repris connaissance, avant l'apparition des accidents. Les symptômes observés sont des plus nets et l'écoulement sanguin abondant par les voies génitales ne permettra pas de s'y tromper. On ne confondra pas cette hémorragie avec le suintement rosé, qui peut se faire à la suite de l'hystérectomie abdominale, mais qui en diffère par son peu d'abondance et surtout par ce fait que l'état général n'est pas modifié.

Le pronostic est évidemment très variable, suivant le mode et le moment d'intervention, suivant aussi les ressources vitales des malades. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que l'hémorragie prédispose à l'infection. Ce n'est pas seulement là une donnée fréquemment établie par l'expérience clinique; l'expérimentation a fourni des résultats décisifs à cet égard. Grawitz, Reichel, Orth, Waterhouse, ont établi le rôle des épanchements sanguins dans la dissémination de l'infection. Piche-

vin et Petit injectent dans le péritoine d'un cobaye une culture de staphylococcus aureus : il ne se produit pas de péritonite. S'ils injectent la même quantité de culture et y ajoutent 5 centimètres cubes de sang, la péritonite se déclare.

La terminaison peut donc être la mort en quelques heures par *anémie aiguë*, ou en quelques jours par infection : *péritonite* ou *septicémie*.

La terminaison peut aussi être favorable, mais cette issue heureuse est exceptionnelle, si l'on laisse l'affection évoluer naturellement, et ceci nous conduit à rappeler les principales indications du traitement.

Le traitement préventif résidera dans le soin avec lequel sera faite l'hémostase ; les vaisseaux importants, artères utéro-ovariennes, utérines, vaginales, grosses veines variqueuses, seront liés solidement au fil de soie fort ; on s'assurera, avant l'opération, de la qualité des fils employés. Soit négligence du fabricant, soit altération par le séjour prolongé dans les liquides antiseptiques, toujours est-il que le chirurgien a souvent entre les mains des fils qui, à l'usage, se montrent défectueux.

Quoi qu'il en soit, l'hémorragie existe, grave et menaçante.

Dans ces conditions, lorsqu'il s'agit d'une hystérectomie abdominale, il n'y a pas de doute possible. Il faut sans perdre une minute à un traitement médical, pratiquer une nouvelle laparotomie. La malade placée dans la position de Trendelenburg, rouvrir le ventre, enlever rapidement, avec des compresses stérilisées, le sang qui aveugle, aller droit aux pédicules, saisir le vaisseau qui donne et arrêter, par une ligature bien serrée, la source de l'hémorragie.

On peut, en même temps que l'on opère, faire pratiquer une injection d'un ou de deux centimètres cubes d'éther. Le plus souvent, il sera inutile de recourir à l'anesthésie.

Le succès dépend de la décision et surtout du moment où l'on opère ; néanmoins, quelque grave que soit l'état, il faut tenter l'intervention, car on a vu de véritables résurrections, lorsque après l'opération, on pratique immédiatement les injections de sérum artificiel.

Les injections ne doivent, en effet, être pratiquées qu'après que le vaisseau est fermé par une bonne ligature ; autrement, en augmentant la tension artérielle et en faisant cesser l'état syncopal, elles pourraient renouveler l'hémorragie suspendue. Mais, avec ces réserves, on a pu, dans ces dernières années, constater les effets remarquables des injections massives de sérum salin.

Après les grandes hémorragies, en effet, le danger n'est pas tant dans la diminution des globules sanguins, dont la quantité reste suffisante aux besoins de l'hématose, que dans l'abaissement de la tension sanguine et dans la soustraction brusque d'une partie notable du liquide sanguin.

Dans ces conditions, l'injection rapidement absorbée remplit à nouveau les vaisseaux et relève la tension artérielle (Schwartz, Delbet). En outre, le sérum salin a une action hémostatique très accentuée (Hayem).

L'important est de se servir d'une solution saline dont l'action ne soit pas nocive pour la vitalité des hématies.

L'eau distillée, en effet, est toxique pour le globule sanguin (Bouchard, Bosc et Wedel). Aussi aura-t-on recours à une solution de chlorure de sodium (7 grammes) pour 1000 grammes d'eau simple stérili-

sée; les expériences de Malassez et de Delbet montrent qu'avec cette solution les altérations globulaires sont insignifiantes et négligeables.

Deux voies peuvent être utilisées pour l'administration du sérum salin, la *voie veineuse* et la *voie hypodermique*; il est nécessaire au praticien de connaître l'une et l'autre.

La voie veineuse a été employée depuis longtemps déjà ; Landerer, Richardson, Hytler ont vulgarisé cette méthode et ont effectué ce qu'on a appelé depuis le lavage du sang. La description du procédé opératoire a été très simplement exposée par Legueu, à qui nous l'empruntons.

« Pour l'injection intra-veineuse, on choisit une veine bien appréciable, soit la saphène, soit une veine du pli du coude, dont on augmente le volume comme pour la saignée par une ligature placée audessus. La région est lavée, désinfectée et anesthésiée à la cocaine; la veine est mise à nu, et un fil de soie aseptique est placé au-dessous. La solution chauffée à 40° et préalablement stérilisée est placée dans un entonnoir qu'on élève à volonté; l'aiguille de Potain est adaptée à l'extrémité du tube en caoutchouc; on chasse l'air en élevant le récipient, l'aiguille ainsi chargée de liquide est enfoncée dans la veine, de l'extrémité vers la racine du membre et fixée par le fil de soie. Le bock ou l'entonnoir est élevé à une hauteur de 40 à 50 centimètres.

On règle la vitesse de l'injection de manière à mettre de 10 à 15 minutes pour injecter 1200 grammes. On s'arrête alors, on retire l'aiguille, on place sur la veine deux ligatures, au-dessus et au-dessous de la piqûre : la plaie est suturée et pansée. Pour les injections suivantes, on peut se servir de la même veine ; il est mieux d'en choisir une autre.

La quantité injectée en plusieurs séances peut être très considérable. Lejars a injecté jusqu'à 7 litres en 7 heures et 26 litres en 9 jours.

La voie sous-cutanée a été préconisée par Duret dès 1895, puis par Fourmeaux, son élève et par Faney. L'efficacité des injections faites par cette voie est remarquable et la facilité de l'opération doit la faire adopter.

L'injection de sérum salé peut donc être faite et répétée à dose massive par la voie sous-cutanée, sans aucun inconvénient. Nous croyons devoir insister sur ce point, car il est encore actuellement mis en doute par certains auteurs, qui préconisent la voie veineuse, comme pouvant seule permettre l'injection de très fortes doses de sérum. Il n'en est rien, d'après ce que nous avons pu voir. Quant à la facilité de la technique, elle n'est pas comparable : l'injection intra-veineuse demeure une opération, qui exige une main chirurgicale ; l'injection sous-cutanée peut être pratiquée très aisément et tous les élèves du service y seront exercés.

Au point de vue de la rapidité d'action, l'injection intra-veineuse produit des résultats presque instantanés, de sorte que, dans un cas absolument pressant, on pourra être amené, immédiatement après la laparotomie et comme dernier acte opératoire, à faire l'injection veineuse séance tenante ; mais, dans la suite, l'injection sous-cutanée reprend ses droits et l'auteur pense qu'elle doit être le procédé de choix, à cause de sa simplicité, de son innocuité et des résultats favorables que l'on en peut attendre.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VULVE ET VAGIN

Waldeyer. — Note sur quelques points de l'**anatomie du périnée**, et sur l'ouverture de l'urètre dans la vessie. (Assoc. des anatom. Montpellier, 24-26 mars 1902, in Presse méd., 23 avril 1902.)

Pages. — Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du **vagin**. (Thèse de Paris, 30 avril 1902.)

Fileux. — Les **tumeurs malignes** primitives de la **vulve**. (Thèse de Paris, 5 juin 1902.)

Duret. — Les **lymphangiectasies vulvaires**. (Soc. des Scienc. med. de Lille, in Journ. des Scienc. méd. de Lille, 10 mai 1902.)

Le Roy Broun. — **Epithelioma** du **vagin**. (New-York obst. soc., 11 février 1902, in Ann. of. gyn. and. ped., mai 1902.)

Fabre. — Etude des **fistules recto-vaginales**. (1 vol. in-8°, Storck, Paris, mai 1902.)

UTÉRUS

Le Rouzic. — **Hématométrie** unilatérale dans un **utérus bicorne** avec **vagin simple**. (Thèse de Paris, 24 avril 1902.)

Doléris. — **Métrites** et **fausses métrites**. (1 vol. in-8°, 50 fig. Maloine, Paris.)

Siredey. — La **métrite** parenchymateuse. (Bull. méd., 14 juin 1902.)

Siredey. — La **congestion utérine**. (Bulletin méd., 26 avril 1902.)

Manaut y Taberner. — **Déchirures** du **col** de l'**utérus**. (Arxius de Cirugia, 15 février 1902.)

Benoit et Lœvy. — **Fibrome utérin**. (Soc. anat., 11 avril 1902, in Presse méd., 16 avril 1902.)

Reverdin (J.-L.). — **Tumeur fibreuse** de l'**utérus**. (Soc. Med. de Genève, 27 février 1902, in Rev. méd. de la Suisse rom., 20 avril 1902.)

Martin. — **Fibrome kystique** de l'**utérus**. (Sheffield med. chir. soc., 10 avril 1902, in Lancet, 26 avril 1902.)

Braye. — Contribution à l'étude de la **tuberculose** de l'**utérus**. (Thèse de Paris, 10 mai 1902.)

Protheroe-Smith. — **Inversion** chronique de l'**utérus**. (Bradford Med. chir. soc., 15 avril 1902, in Lancet, 10 mai 1902.)

Walter. — **Adénome** de l'**utérus**. (North of England obst. and gyn. soc., 18 avril 1902, in Brit. med. Journ., 10 mai 1902.)

Cavaillon. — **Fibrome** de l'**utérus** chez une enfant de 13 ans. (Soc. des scienc. méd. de Lyon, avril 1902, in Echo méd. de Lyon, 15 mai 1902.)

Chaigneau. — **Cancer primitif** du corps **utérin.** (Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 10 février 1902, in Journal de Méd. de Bordeaux, 18 mai 1902.)

Addinsell. — Cas de **sénilité** prématurée de l'**utérus**. (Brit. med. journ., 17 mai 1902.)

Grandin. — **Cancer** du **col** de l'**utérus** et tuberculose des **trompes**. (New-York obst. soc., 11 février 1902, in Ann. of Gyn. and Ped., mai 1902.)

Pinna-Pintor. — Un cas d'**hyperplasie** circonscrite de l'**endometrium**, cause de grave **métrorrhagie** chez les **vierges**. (Hop. Maria Victoria de Turin, in Rassegna d'obst. et gyn., mai 1902.)

Serpossian. — **Cancer** de l'**utérus**. (Soc. imp. de Méd., 11 avril 1902, in Gaz. méd. d'Orient, 1er mai 1902.)

Rundle. — **Paramétrite enkystée** séreuse. (South. branch. of the Brit. med. Assoc., 20 mai 1902, in Brit. med. journ., 31 mai 1902.)

Le Fort. — **Fibrome** de l'**utérus**. (Soc. cent. de Méd. du dép. du Nord, 25 mai 1902, in Echo méd. du Nord, 1er juin 1902.)

Méline. — **Fibromyome** de l'**utérus**. (Soc. d'obst. gyn. et péd. de Bordeaux, 28 mai 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 1er juin 1902.)

Verchère et Bernheim. — **Appendice** gangréné et **fibrome** utérin. (Soc. anat., 30 mai 1902, in Presse méd., 4 juin 1902.)

Drucbert. — **Fibrome utérin.** (Soc. cent. de Méd. du Nord, 9 mai 1902, in Nord méd., 1er juin 1902.)

Poiteau. — **Fibromyome œdémateux**, pédiculé de la corne utérine droite. (Soc. anat. clin. de Lille, 14 mai 1902, in Nord méd., 1er juin 1902.)

Baurand. — Entrée de l'air dans les **sinus utérins**. (1 vol. in-8°, Storck, Paris.)

Lewers. — **Cancer** de l'**utérus**. (The Practitioner, juin 1902.)

Roberts. — Quelques considérations sur l'**étiologie** et la **pathologie** des maladies malignes de l'**utérus**. (The Practitioner, juin 1902.)

Haultain. — Diagnostic des maladies malignes de l'**utérus**. (The Practitioner, juin 1902.)

Ricard. — **Amputation spontanée** de l'**utérus**, consécutive à une **torsion** complète par **fibrome**. (Soc. de chir., 11 juin 1902, in Presse méd., 14 juin 1902.)

ANNEXES

Guinard. — **Appendicite** et **annexite**. (Soc. de chir., 11 juin 1902, in Presse méd., 14 juin 1902.)

Bender. — **Kyste ovarique** malin. (Soc. anat., 18 avril 1902, in Presse méd., 23 avril 1902.)

Oui. — **Apoplexie** ovarienne. (Soc. cent. de Méd. du dép. du Nord, 25 avril 1902, in Echo méd. du Nord, 4 mai 1902.)

Léo. — **Ruptures** spontanées, multiples et totales des **poches** d'un **kyste** multiloculaire de l'**ovaire** à contenu gélatiniforme. (Soc. anat., 2 mai 1902, in Presse méd., 7 mai 1902.)

Bothezat. — **Appendicite** ou **kyste dermoïde** tordu de l'**ovaire droit**. (Bull. de la Soc. des Méd. et nat. de Jassy, n° 4, 1901.)

Gemmell. — **Tumeur** solide de l'**ovaire**. (North of England obst. and gyn. soc., 18 avril 1902, in Brit. méd. Journ., 10 mai 1902.)

Coen. — **Kyste paraovarique** et **torsion** de son pédicule. (Ann. di ost. e gin., mars 1902.)

Balleray. — **Kyste de l'ovaire** pris pour **des ascites.** (New-York Acad. of Med., 27 mars 1902, in Méd. Rec., 19 avril 1902.)

Goelet. — Fibrome intraligamenteux et **kyste de l'ovaire.** (New-York county med. assoc., 21 avril 1902, in Méd. Rec., 3 mai 1902.)

Goelet. — **Kyste tubo-ovarien** et petit **kyste de l'ovaire.** (New-York county med. assoc., 21 avril 1902, in Méd. Rec., 3 mai 1902.)

Giltay. — **Kysto-adénome** pseudomuqueux de l'**ovaire.** (Ann. et Bull. de la Soc. de Méd. d'Anvers, fév.-mars 1902.)

Fairbairn. — **Tumeur** fibreuse de l'**ovaire.** (Obst. soc. de Londres, 7 mai 1902, in Brit. méd. Journ., 17 mai 1902.)

Prat et *Lecène.* — **Kyste dermoïde** de l'**ovaire.** (Soc. anat., 16 mai 1902, in Presse méd., 21 mai 1902.)

Simpson. — **Tumeur dermoïde** de l'**ovaire.** (Edinburgh Obst. soc., 14 mai 1902, in Edinburgh med. Jour., juin 1902.)

Simpson. — **Fibrome** de l'**ovaire.** (Edinburgh Obst. soc., 14 mai 1902, in Edinburgh med. Journ., juin 1902.)

Berry-Hart. — **Tumeur** maligne de l'**ovaire.** (Edinburgh Obst. soc., 14 mai 1902, in Edinburgh med. Journ., juin 1902.)

Haultain. — **Kyste** de l'**ovaire,** avec double pyosalpinx, ayant fait rupture dans l'intestin. (Edinburgh Obst. soc., 14 mai 1902, in Edinburgh med. Journ., juin 1902.)

Fordyce. — **Fibrome** de l'**ovaire.** (Edinburgh Obst. soc., 14 mai 1902, in Edinburgh med. Journ., juin 1902.)

Couturier. — Des **kystes** de l'**ovaire.** (1 vol. in-8°, Storck, Paris, 1902.)

Masson. — Dégénérescence maligne des **kystes dermoïdes** de l'**ovaire.** (1 vol. in-8°. Paris, Storck, mai 1902.)

Pinatelle et *Jaboulay.* — **Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire,** sans torsion ni rupture. (Soc. des scienc. méd. de Lyon, mai 1902, in Echo méd. de Lyon, 15 juin 1902.)

Doléris. — **Papillome endosalpingien** ou **salpingite** végétante. (Soc. d'Obst., Gyn. et Péd. de Paris, 7 avril 1902, in Bul. méd., 19 avril 1902.)

Fiori. — Contribution à l'**hydrosalpinx** expérimental et à la physio-pathologie de la **trompe** et de l'**ovaire.** (Il Policlinico, n°s 4 et 5, 1902.)

Sarkisian. — **Salpingite** tuberculeuse. Discussion *M. Cornil.* (Soc. anat., 16 mai 1902 in Presse méd., 21 mai 1902.)

Berry-Hart. — **Hydrosalpinx.** (Edinburgh Obst. Soc., 14 mai 1902, in Edinburgh med. Journ., juin 1902.)

Le Fort et *Davrinche.* — **Hernie** de la **trompe.** (Soc. cent. de Méd. du dép. du Nord, 25 mai 1902, in Echo méd. du Nord, 1er juin 1902.)

PÉRITOINE

Gœlet. — **Ovaire** dans une **poche du ligament large.** (New-York county med. assoc., 21 avril 1902, in Med. Rec., 3 mai 1902.)

Smith. — **Fibromyome** bilatéral intraligamenteux. (Brit. Gyn. Soc., 8 mai 1902, in Brit. med. Journ., 17 mai 1902.)

Stroheker. — Les **fibromes** du **ligament large.** (Thèse de Paris, 5 juin 1902.)

Garcia Arias. — **Kystes** hydatiques du **bassin** et de l'**abdomen.**

(Soc. gin. espagnole, 26 février 1902, in Rev. de Méd. y cir. pract., 7 juin 1902.)

Reverdin (*Aug.*). — **Tumeur du ligament large.** (Soc. méd. de Genève, 19 février 1902, in Rev. méd. de la Suisse rom., 20 avril 1902.)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Pichevin. — **Règles** et **grossesse extra-utérine.** (Sem. gyn., 22 avril 1902.)

Baldwin. — **Grossesse ectopique**, rupture, opération, guérison. (Rotherham hosp., in Brit. med. Journ., 10 mai 1902.)

Roncaglia. — Sur l'étiologie de la **grossesse tubaire**. (Ann. di Obst. e Gin., mars 1902.)

Delagenière (du Mans). — Deux observations de **grossesse tubo-utérines ou interstitielles.** (Soc. d'Obst., Gyn. et Péd., 12 mai 1902, in Presse méd., 17 mai 1902.)

Delaunay. — Présentations de pièces et de photographies d'une **grossesse extra-utérine** de plus de cinq mois. (Soc. d'Obst. de Paris, 15 mai 1902, in Presse méd. 17 mai 1902.)

Récamier et *Ethier.* — Rupture de **grossesse tubaire** de moins de deux mois. Hémorragie considérable. (Sem. gyn., 20 mai 1902.)

Denis. — A propos d'un cas de **grossesse extra-utérine.** (Soc. imp. de Méd., 31 janvier 1902, in Gaz. méd. d'Orient, 15 mai 1902.)

Boldt — **Rupture** de **grossesse tubaire.** Formation d'un **hématocèle** avec rupture de la paroi de l'hématocèle. (New-York, Acad. of. Med., 24 avril 1902, in Med. Rec., 24 mai 1902.)

Adams. — Quatre cas de **grossesse extra-utérine** traités par la voie vaginale. (Med. Age, 25 mai 1902.)

Mayo-Robson. — **Grossesse ovarienne** primaire. (Obst. soc. de Londres, 4 juin 1902 in Brit. med. Journ., 14 juin 1902.)

ÉTAT GÉNÉRAL. — PHYSIOLOGIE

Handfield-Jones. — Des **hémorragies** de la **ménopause.** (The Polyclinic, avril 1902.)

Ferreux. — Des **troubles respiratoires** d'origine **menstruelle.** (Thèse de Paris, 14 mai 1902.)

Lopez. — **Hémorragies** d'origine hystérique confondues avec des **périodes menstruelles.** (Rev. de Med. y cirug. pract., 14 mai 1902.)

Rendu. — **Fibrome utérin** cause **d'albuminurie.** (Soc. des scienc. méd. de Lyon, avril 1902, in Echo méd. de Lyon, 15 mai 1902.)

Herman. — Lecture clinique sur la **dysménorrhée.** (Brit. med. Journ., 17 mai 1902)

Macnaughton Jones. — **Absence** complète des **organes génitaux internes.** (Brit. gyn. soc., 7 mai 1902, in Brit. med. Journ., 17 mai 1902.)

Dauvergne. — De **l'albuminurie** massive due à la compression des **uretères** par **tumeurs fibreuses intra-pelviennes.** (Bul. méd., 28 mai 1902.)

Dufour. — **Erythème** circiné avec tendance progressive, récidivant *in situ* aux **époques menstruelles** chez une névropathe. (Soc. méd. des hôp., 23 mai 1902, in Méd. mod., 28 mai 1902.)

Dervaux. — De la **tuberculose génitale** de la femme et de ses complications péritonéales, **ascite** tuberculeuse et **péritonite** enkystée. (Thèse de Paris, 12 juin 1902.)

Mayol Mir. — **Polysarcie** et **stérilité**. (Rev. de Méd. y cir., 25 mai 1902.)

THÉRAPEUTIQUE-CHIRURGIE

Collinet. — **Cloisonnement** congénital du **vagin**, rétention menstruelle, opération. — Mort. (Bulletin méd., 30 avril 1902.)

Mac Cann. — **Fistule vésico-vaginale** guérie par une nouvelle méthode. (Brit. med. Journ., 17 mai 1902.)

Boldt. — **Grand kyste vaginal** enlevé totalement. — New-York Acad. of. med., 24 avril 1902, in med. Rec., 24 mai 1902.)

Boldt. — Extirpation de l'**utérus** et du **vagin** pour **prolapsus** complet. (New-York Acad. of. med., 24 avril 1902, in med. Rec., 24 mai 1902.)

Pau d'Areny y de Plandolit. — Des topiques locaux dans le traitement des **métrites**. (Arxius de Cirugia, 15 mars 1902.)

Gosselin. — Contribution à l'étude du traitement médical des **métrites** et **salpingites**. (Thèse de Paris, 30 avril 1902.)

Siredey. — Diagnostic et traitement des **métrites hémorragiques**. (Journ. de méd. et de chic. prat., 25 avril 1902.)

Gross. — Emploi du **chlorure de calcium** dans le traitement de **la métrite** hémorragique. (Rev. méd., de l'Est, 15 mai 1902.)

Campbell. — Traitement de la **dysménorrhée**. (Ulster med. soc., 8 mai 1902, in Lancet, 24 mai 1902.)

Miquel. — Les perforations graves de l'**utérus** au cours du **curettage** et de l'**hystérométrie**. (Thèse de Paris, 5 juin 1902.)

Bland Sutton. — Traitement de cas de **rétroversion** invétérée de l'**utérus**. (The Polyclinic, juin 1902.)

Makaroff (*M*[lle]). — Quelques considérations sur la **métrites blennorrhagique** et son traitement par les injections intra-utérines d'acide picrique. (Thèse de Paris, juin 1902.)

Grandin. — **Hémorragie** persistante malgré un **curettage** et **hémorragie** secondaire, suivant une **section abdominale**. (Sect. d'Obst. et gyn. acad. de med. de New-York, 27 mars 1902, in med. Rec., 12 avril 1902.)

Morani. — Contribution au traitement des **rétrodéviations utérines**. (Bologne, 1901.)

Gerolamo Gatti. — La **ventro-hystéropexie** dans les **antédéviations** de l'**utérus**. (Ann. di obst. e gin., mars 1902.)

Berry Hart. — **Cancer** du **col** enlevé par l'**hystérectomie** vaginale. (Edinburgh obst. soc., 14 mai 1902, in Edinburgh med. Journ., juin 1902.)

Manaut y Taberner. — Traitement du **cancer** utérin. (Arxius de Cirugia, 15 avril 1902.)

Maubert. — Des blessures de l'uretère dans les interventions abdominales sur l'**utérus** et les annexes. (Thèse de Paris, 14 mai 1902.)

Drucbert et *Minet.* — **Hystérectomie** vaginale pour **épithélioma du col** de l'**utérus**. (Écho méd. du Nord, 30 avril 1902.)

Loubet. — **Énucléation** par voie abdominale des **fibromes utérins.** (Thèse de Paris, 7 mai 1902.)

Oui. — **Hystérectomie** vaginale pour **fibrome.** (Soc. cent. de méd. du dép. du Nord, 25 avril 1902, in Echo méd. du Nord, 4 mai 1902.)

Oui. — **Hystérectomie abdominale** supra-vaginale pour **fibromes multiples.** (Soc. cent. de méd. du dép. du Nord, 25 avril 1902, in Echo méd. du Nord, 4 mai 1902.)

Donald (Arch.). — **Extirpation de l'utérus** pour **polypes.** (North of. England obst. and gyn. soc., 18 avril 1902, in Brit. med. Journ., 10 mai 1902.)

Denis. — **Fibrome** de l'**utérus** enlevé par la voie sous-péritonéale. (Soc. imp. de Med. de Constantinople, 14 mars 1902, in Gaz. med. d'Orient, 15 avril 1902.)

Fortun. — Plaie pénétrante de l'abdomen. — **Fibrome utérin.** — Invagination intestinale. — Laparotomie. — Laparotomie secondaire. — (Rev. de Med. y cirug. de la Habana, 10 mars 1902.)

Le Roy. — **Fibrome** de **l'utérus** enclavé dans le petit bassin enlevé par morcellement. Polype ulcéré de l'utérus. (Soc. anat. clin. de Lille, in Journ. des scienc. méd. de Lille, 24 mai 1902.)

Haultain. — **Utérus** paraissant sain à l'œil nu, et d'où l'on avait retiré des fragments d'**adéno-carcinome.** (Edinburgh obst. soc., 14 mai 1902, in Edinburgh med. Journ., juin 1902.)

Guelliot. — Coexistence de **kyste** dermoïde bilatéral des **ovaires** et de **fibrome** utérin. Ovariotomie double et hystérectomie abdominale. (Union méd. du Nord-Est, 30 mai 1902.)

Lapthorn Smith. — **Hystérectomie** pour **cancer.** (Clin. soc. du dispens. de Montréal, 14 fév. 1902, in Ann. of gyn. and péd., avril 1902.)

Jonnesco. — **Hystérectomie** abdominale totale avec évidement du pelvis pour **cancer utérin.** (Soc. de Chir. de Bucarest, 27 février 1902, in Bul. et mem. de la Soc. de Chir. de Bucarest, n° 1, 1902.)

Hagopoff. — Opportunité opératoire dans les **cancers de l'utérus.** (Soc. imp. de Med., 4 avril 1902, in Gaz. med. d'Orient, 1er mai 1902.)

Weiss. — Opération de Wertheim dans le traitement du **cancer** utérin. (Soc. de Méd. de Nancy, 9 avril 1902, in Rev. méd. de l'Est, 1er juin 1902.)

Ravet. — Traitement du **cancer utérin** par la **quinine.** (1 vol. in-8° Paris, Storck, mai 1902.)

Lloyd Roberts. — **Urémie** fatale après **ovariotomie.** (North of England obst. and gyn. soc., 18 avril 1902, in Brit. med. Journ., 10 mai 1902.)

Condamin. — De la **transformation** néoplasique du **moignon** utérin après l'**hystérectomie subtotale.** (Sem. gyn., 15 avril 1902.)

Ionescu. — **Hystérectomie abdominale totale** dans les **affections utéro-annexielles.** (Soc. de chir. de Bucarest, 13 mars 1902, in Revista de chir., avril 1902.)

Sinclair. — **Hystérectomie** paravaginale. (North of England obst. and gyn. soc., 18 avril 1902, in Brit. med. Journ., 10 mai 1902.)

Djémil Pacha. — Deux cas d'**hystérectomie abdominale** par le procédé de Wertheim. (Soc. imp. de Med., 4 avril 1902 in Gaz. med. d'Orient, 1er mai 1902.)

Pichevin. — Chirurgie conservatrice des **annexes.** (Sem. gyn., 10 juin 1902.)

Richelot. — **Tumeur** maligne de l'**ovaire**, améliorée par les injections de sérum de Wlaiev. (Soc. de chir., 16 avril 1902, in Sem. méd., 23 avril 1902.)

Goelet. — **Kyste de l'ovaire** enlevé **intact**, (New-York county med. assoc., 21 avril 1902, in Med Rec., 3 mai 1902.)

Collins. — Un cas de **tumeur** solide de l'**ovaire** : laparotomie, énucléation, guérison. (London temp. hosp., in Lancet, 17 mai 1902.)

Delfosse. — **Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche** inclus dans le bassin et le ligament large. Extirpation. Hystérectomie totale. Guérison. (Soc. anat. clin. de Lille, in Journ. des Scienc. med. de Lille, 24 mai 1902.)

Faucon. — **Hydrosalpinx** double avec fortes adhérences. Ouverture d'une anse d'intestin grêle au cours de l'ablation des annexes. (Soc. anat. clin. de Lille, 22 janv. 1902, in Journ. des Scienc. med. de Lille, 26 avril 1902.)

Delfosse. — **Pyo-salpinx bilatéral** avec nombreuses adhérences. Extirpation. Guérison. (Soc. anat. clin. de Lille, 5 fév. 1902, in Journ. des Scienc. méd. de Lille, 3 mai 1902.)

Manouélidès. — La **salpingo-ovariotripsie.** (1 vol. in-8°, Storck, Paris, mai 1902.)

Bogdanovici. — Traitement chirurgical des **suppurations pelviennes** par la colpotomie. (Soc. de chir. de Bucarest, 23 janvier 1902, in Bul et mém. de la Soc. de chir. de Bucarest, n° 1, 1902.)

Pichevin. — De la **péritonisation.** (Sem. gyn., 27 mai 1902.)

Laissus. — Traitement de quelques **affections utérines** chroniques par les eaux de Salins-Moutiers. (1 vol. in-8°, Storck, Paris, mai 1902.).

Cavaleri. — Emploi prophylactique des **lavements** de **gélatine en gynécologie.** (Assoc. med. chir. de Parme, 11 avril 1902, in Clin. mod., 23 avril 1902.)

Delagenière (du Mans). — Présentation d'un **écarteur** de paroi abdominale pour laparotomie. (Soc. d'obst., gyn. et péd., 12 mai 1902, in Presse méd., 17 mai 1902.)

GÉNÉRALITÉS

Fehling. — De la valeur du **diagnostic** en **gynécologie.** (Edinburgh obst. soc., 12 février 1902, in Brit. med. Jour., 26 avril 1902.)

Creu Pont d'Herni (J. de la). — La **femme.** Etude physique et **morale.** (Arxins de cirugia, 15 mai 1902.)

Clado. — **Diagnostic** gynécologique. (1 vol. in-18, Maloine, Paris, juin 1902.)

Custodio Cabeça. — Chirurgie abdominale en 1901. (Rev. portug. de med. e cir. praticas, 15 avril 1902.)

Fischer. — Vade-mecum d'obstétrique et de gynécologie des médecins praticiens. (In-18, 1902, Maloine, Paris.)

Schultz.—Hygiène génitale de la femme. (In-18, 62 fig., Maloine, Paris.)

Archambault. — Guide de l'examen gynécologique. (1 vol. in-8°, 1902, Maloine, Paris.)

Le Propriétaire-Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LA MÉNOPAUSE ET LE PROTOIODURE DE FER

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES TUMEURS GÉNITALES

Lorsque la suppression de la fonction ovarique est sur le point d'atteindre la femme, les règles deviennent de plus en plus espacées; très variables quant à leur abondance; plus rapprochées seulement d'une façon exceptionnelle, alors il y a hémorragie : la ménopause est établie. Combien la femme redoute cette époque, qui, à vrai dire, en condition normale doit être moins à craindre que celle de la puberté.

Vers le début de la ménopause apparaissent des accès de palpitations, qui le plus souvent augmentent de fréquence, se manifestent de préférence pendant le sommeil et après les repas, et s'accompagnent dans la majeure partie des cas d'une légère sensation d'angoisse. A cela viennent s'ajouter des troubles, des défaillances passagères dans l'équilibre des fonctions des divers organes de l'économie, véritable dépression nerveuse, pour dire le mot, asthénie, passagère mais réelle. Ces troubles s'accentuent plus l'asthénie nerveuse est prononcée : les bouffées de chaleur, les éblouissements, les vertiges, les lypothymies sont des symptômes concomitants fréquents : les accès de dypsnée sont aussi à enregistrer, dyspnée ne se révélant par aucun trouble respiratoire, mais marquant une légère accélération du rythme cardiaque; à cela ajoutez encore des crises de diarrhées séreuses, des troubles de l'appétit, de la constipation opiniâtre, et vous aurez un tableau réel de la femme à l'âge critique. Que ce passe-t-il en réalité? Comme à tous les grands actes de la vie, les modifications vont être importantes dans l'état général de la femme. La femme ne sera plus un utérus servi par des organes, comme nous le disions dans la dernière causerie, la suppression de la fonction ovarique aura un retentissement profond sur l'économie et l'ovaire va s'atrophier; en effet cet organe, qui est une glande à sécrétion interne (Brown-Séquard, Fedoroff, Keller, Spillmann, Farulli, Jayle et A. Gautier) – secrétant un produit encore peu connu, mais utile à l'organisme, cet organe est appelé sinon à disparaître, du moins à être *insuffisant* (Bailleau); et c'est une insuffisance ovarienne, qui est le point de départ de modifications multiples et en particulier de l'asthénie nerveuse et de l'anémie, qui en est la résultante diverse, immédiate.

L'embonpoint n'est-il pas le signe irréfutable de cette anémie des tissus, n'est-ce pas le signe de cette nutrition générale ralentie, sous la dépendance directe des phénomènes neurasthéniques.

Le traitement de la ménopanse peut seul avoir raison des troubles que la femme présente à cette période; et en premier lieu nous conseillerons : l'équilibre du système psychique, c'est-à-dire une vie calme, sans passions, sans distractions fatigantes; car la femme à cette période de la vie devra éviter toute fatigue physique, cômme tout surmenage intellectuel : ensuite une surveillance quotidienne du bon fonctionnement du tube digestif; joignez à cela un peu d'hydrothérapie, sans changer néanmoins ses habitudes et vous aurez les principales règles d'hygiène ou de régime de cette affection si redoutée.

Quant aux troubles du côté du cœur ou du sang, ils devront être soigneuse-

ment traités, car bien que leurs pronostics soient le plus souvent bénins, il y a des cas signalés où la forme devient plus grave, où la maladie se prolonge et prend souvent une allure inquiétante.

Que donnerez-vous en pareil cas? Dans le traitement de ces troubles, on doit tenir compte de l'élément fluxionnaire, combattre la constipation ou les diarrhées séreuses par des purgatifs répétés et légers, et si, comme nous venons de le dire, dans l intervalle des menstrues, l'hydrothérapie apporte un soulagement efficace à l'excitabilité nerveuse, il est aussi réel qu'à l'origine de l'insuffisance ovarienne, qui aura comme effet direct une intoxication, portant de préférence sur le grand symphatique (Bailleau) et agissant par suite sur le cœur et sur le sang, la médication par le protoiodure de fer trouve ici sa place naturelle. En effet, par son essence même le protoiodure de fer est tout indiqué, car l'iode sera favorable à l'organisme en combattant les premières manifestations d'artériosclérose, il va favoriser la résolution des engorgements, la résorption des exsudats. Et si en principe, nous admettons le pouvoir altérant de cette substance (et cela est irréfutable), il nous est bien facile de nous expliquer comment les organes génitaux ou autres, le système glandulaire en particulier, se décongestionneront facilement sous son action et comment enfin se dissiperont d'une façon si prompte, si inattendue ces engorgements veineux ou lymphatiques. L'élément fer viendra lui aussi apporter sa contribution personnelle au bon fonctionnement de l'économie et rétablir l'équilibre dans les fonctions de tous les organes; la mollécule de fer permettra à l'oxygène de se fixer dans chaque cellule, augmentera la nutrition ralentie, et permettra de remédier ainsi à la dépression nerveuse et à l'anémie latente.

Que pouvons-nous dire de plus, sinon qu'on doit employer un protoiodure de fer dont on soit sûr, répondant toujours aux mêmes indications, absolument inaltérable et chimiquement pur, et donnant comme résultante assurée, une médication en même temps altérante que reconstituante.

On arrive facilement à ce résultat en se servant d'une préparation depuis longtemps connue et appréciée du grand public médical et en particulier des gynécologues, nous avons nommé les préparations, dragées ou sirop, au protoiodure de fer inaltérable de Fenélon Gille; ces préparations n'entravent jamais le bon fonctionnement du tube gastro-intestinal, sont d'une assimilation facile et rapidement résorbées dans le torrent circulatoire. D'où effet rapide.

Notre but pour terminer ces quelques causeries étaient aussi de parler des complications tardives de l'hérédo-syphilis et des tumeurs génitales, mais cela nous entraînerait trop loin; peut-être sera-ce l'objet d'un autre article; quoi qu'il en soit, si nous ne pouvons aborder la description des tumeurs en général justiciables du traitement par le protoiodure, ce qui serait entreprendre une tâche trop dure et sortirait un peu du cadre tracé aujourd'hui, nous pouvons dire, tout au moins qu'un grand nombre de végétations de la vulve, tuberculeuses ou syphilitiques, que les polypes muqueux et fibreux se trouvent bien du traitement ioduré-ferrique, et que dans les tumeurs malignes, la période de cachexie est retardée par l'emploi judicieux et rationnel de cette médication de choix.

Dr J.-G. Blanc.



LA GYNÉCOLOGIE

AOUT 1902

MÉMOIRES

HYPERESTHÉSIE VULVO-VAGINALE PAROXYSTIQUE

par Raoul Blondel.

L'hyperesthésie vulvo-vaginale constitue un complexus encore assez mal défini. Les auteurs décrivent habituellement le vaginisme d'une part, le prurit vulvaire de l'autre. Mais toutes les combinaisons cliniques peuvent exister entre ces deux termes : prurit pur, soit idiopathique, soit avec lésion locale primitive, — vaginisme avec contracture, — vaginisme sans contracture (Pozzi), — prurit et vaginisme associés, — hyperesthésie simple, sans prurit ni vaginisme réel, etc.

Les limites nosographiques du vaginisme, surtout si l'on y comprend comme Pozzi des cas où la contracture est abstraite, et comme Péan ceux où la contracture n'a plus pour siège l'anneau vulvaire, mais l'appareil musculaire plus profond du vagin (*vaginisme supérieur*), — ces limites sont en réalité assez vagues, et il semble qu'il serait beaucoup plus simple de ranger ces cas souvent si dissemblables sous une dénomination unique peut-être un peu large, mais rappelant le seul terme commun qui les unisse : l'hyeresthésie vulvaire.

C'est en effet l'hyperesthésie, la réaction nerveuse exagérée, qui fait le fond de tous ces états. Il y a des vaginismes sans lésions, sur lesquels on peut indéfiniment chercher la fameuse fissure que l'on avait décrété jadis devoir toujours exister, par symétrie pathologique avec la fissure anale. Il y a des prurits où les seules lésions existantes ne sont que consécutives et relèvent du grattage. Enfin toutes ces malades ont encore ce trait commun d'être des nerveuses dans toute la force de ce terme un peu vulgaire, et leur cas se distingue assez aisément de celui de la femme atteinte d'une lésion, qui en souffre, parce que la sensibilité de la région est exquise, mais qui est guéri aussitôt que la lésion macroscopique est terminée.

Ces malades souffrent *exagérément* : la réaction nerveuse, les réflexes défensifs qui s'en suivent sont disproportionnés avec la cause. Là est le caractère de la maladie et il est clair que ce sont les dispositions apportées par le système nerveux du sujet qui le crée.

Ceci ne veut pas dire qu'il s'agit d'une affection centrale : peut-être décrira-t-on un jour, comme dans d'autres cas, des névrites créées à la longue chez ces sujets, avec lésions progressivement ascendantes. Jusqu'ici, tout ce que nous connaissons se résume à des phénomènes que le traitement local peut habituellement faire disparaître. Ce traitement n'est pas toujours aisé. L'excision, la dilatation forcée, la névrotomie sous-cutanée ont été successivement proposées. Carrara, Simpson, Schröder, Olshausen, etc. ont été jusqu'à réséquer le clitoris. C'est dire combien ces cas, surtout s'ils sont anciennement constitués, offrent parfois de difficultés au gynécologue invité à les guérir.

Je crois que tous ces moyens sont bons, quoique la résection complète du clitoris me semble une assez pénible extrémité. Dans un cas récent, qu'il m'a été donné d'observer et qui m'a semblé assez instructif pour être rapporté, les souffrances étaient tellement anciennes et la combinaison des types d'hyperesthésie tellement complète, que j'ai cru devoir mettre en œuvre à la fois, pour plus de sûreté, trois de ces moyens : excision, névrotomie et section musculaire sous-cutanée. Comme il s'agit là d'une petite opération très simple, très bénigne, et que le résultat curatif a été radical, je crois qu'elle peut être recommandée en pareil cas, comme remédiant du même coup à toutes les causes du complexus hyperesthésie vulvo-vaginale.

Observation

Mme B... 41 ans. — 7, rue Trousseau, Paris.

Réglée à 13 ans, tous les 28 jours, très abondamment (8 jours) : douleurs dans les reins et crampes pendant les six jours précédant les époques.

A 7 ans, chute de voiture : depuis cette époque, a toujours souffert du ventre par crises irrégulières, de 1 à 15 jours de durée, à intervalle d'un mois à un an : l'apparition des règles calmait ces douleurs, qui prenaient la forme de coliques et siégeaient dans tout le bas-ventre.

Mariée à 25 ans, défloration brutale : souffrances très vives pendant les 8 jours suivants. Pertes jaunes peu après. Enceinte au bout de 2 mois. A beaucoup souffert pendant sa grossesse. Couches pénibles : 17 heures de travail (8 août 1886).

Infection puerpérale : frisson le 3e jour. Le 1er septembre, pelvi-péritonite. La malade n'a pu se lever que dans le courant de décembre.

Pendant 2 ans, les accidents d'infection utérine ont persisté : métrorrhagies, pertes jaunes.

En 1889, curettage à Lariboisière, par M. Périer. Guérison momentanée.

Dans l'intervalle des règles, poussées de pelvi-péritonite obligeant la malade à garder le lit. Douleurs dans le fondement : impossibilité d'introduire une canule rectale; douleurs atroces pour aller à la selle.

En 1891, M. Périer pratique l'ablation des deux ovaires et des trompes, où l'on trouve des poches purulentes et des poches pleines de liquide hématique. Drainage de Mikulicz (17 février). En avril, rechute très douloureuse. Le 23 juin, nouvelle laparotomie, pour une suppuration supposée du pédicule; on trouve de l'obstruction intestinale provoquée par des brides et des adhérences, suites de la première laparotomie.

Depuis lors, plus de douleurs de ventre. Mais, après la première laparotomie, il est apparu des douleurs nouvelles, dont le point de départ est localisé par la malade à la grande lèvre gauche, et qui apparaissaient dès qu'elle était fatiguée. Elles duraient alors toute la journée et se calmaient par le repos. La malade les compare à la sensation que donnerait « une petite bête qui la mordrait sans relâche ».

Quand la malade touchait sa grande lèvre gauche avec le doigt

ou qu'elle introduisait une canule, elle avait la sensation très nette d'une plaie brûlante. L'examen local, à l'hôpital, ne révélait absolument aucune lésion en ce point.

Ces douleurs procédaient par crises de 1 à 4 jours de durée, obligeant parfois à prendre le lit : elles apparaissaient à intervalles irréguliers, d'abord de deux mois, puis en se rapprochant. Depuis un an, elles sont continues et ne cessent plus par le repos au lit.

La malade a noté qu'à certaines époques apparaissait une large plaque d'herpès sur la fesse gauche, au niveau de l'échancrure sciatique : cette plaque était le siège de violentes démangeaisons et durait 3 ou 4 jours, elle était suivie d'une accalmie remarquable des douleurs vulvaires, qui restaient alors jusqu'à deux mois sans revenir. Depuis un an que les douleurs vulvaires sont devenues continues, cet herpès (?) de la fesse n'a pas reparu, et la malade attribue à cette disparition l'installation définitive de la douleur vulvaire. Celle-ci a toujours un maximum à gauche, en tant que douleur spontanée, mais la sensibilité au contact et à la pression s'étend à toute la région vulvaire, avec exacerbation extrême de chaque côté en deux points, autour de l'orifice du canal de la glande de Bartholin, et au-dessus du sillon des petites lèvres. La douleur, en ces points, est intolérable et provoque chez la malade, quand on la touche, de véritables crises de larmes et de cris. Les rapports sont, depuis longtemps, devenus tout à fait impossibles.

La région vulvaire est maintenant le siège d'un prurit intolérable : la malade en est arrivée à se gratter en dormant. La marche est devenue très pénible, provoquant de vives sensations de brûlures. Plusieurs fois par jour, la malade se lave avec de l'eau fraîche : elle prend une injection chaque jour, soit avec de l'eau boriquée, soit avec une solution faible de sublimé, soit avec une décoction de pavots, soit avec du coaltar; rien ne l'a soulagée.

Les deux premières années après l'ovariotomie, la malade a eu, chaque mois, des bouffées et des vapeurs, sans retentissement sur les douleurs vulvaires. Elles ont ensuite complètement disparu. Il a persisté une certaine nervosité. Pas de stigmates d'hystérie.

Le 20 mars, elle vient consulter, à la Charité, M. Maygrier qui me prie de l'examiner.

Il y a un peu de leucorrhée blanche : la région vulvaire est jaunâtre, marbrée de plaques rouges. Au niveau de la glande de Bartholin — qui paraît atrophiée, — au siège, par conséquent, de l'hyperesthésie et des démangeaisons, on trouve de chaque côté

une plaque d'un centimètre de diamètre environ, allongée de haut en bas, de couleur jaunâtre, un peu saillante et épaissie, d'aspect granuleux. L'attouchement le plus léger provoque, en ce point, des crises douloureuses extrêmement violentes, s'irradiant dans les cuisses, dans le ventre et dans les reins. Dans la partie inférieure de la racine du capuchon clitoridien, se trouve une autre zone d'hyperesthésie douloureuse, que rien ne révèle à l'extérieur. Pas de sucre dans les urines.

Je prescris des bains de siège avec de l'eau additionnée de carbonate de soude, des injections fréquentes avec une solution de bicarbonate de soude et, après séchage de la région, des applications d'une poudre renfermant du sous-nitrate de bismuth, du nitrate de soude et de l'orthoforme.

La malade revient au bout de 8 jours, déclarant avoir obtenu un grand soulagement des douleurs spontanées, mais la douleur à la pression est restée la même dans les zones d'hyperesthésie.

Le traitement est continué pendant 8 jours encore.

L'inflammation locale est très améliorée; le prurit est moins violent. Néanmoins, la sensibilité au moindre contact est restée assez vive. Il semble que notre traitement a réalisé tout ce qui pouvait être espéré au point de vue local, mais l'élément nerveux, hyperesthésie et contracture, est demeuré intact.

Dans ces conditions, et la malade suppliant qu'on la débarrasse de ce qu'elle considère comme une véritable infirmité, puisque le travail lui est devenu impossible et que la marche elle-même est extrêmement pénible, je me décide à intervenir.

Le 29 avril, la malade entre provisoirement dans le service. Après anesthésie chloroformique, rasage de la vulve, etc., je pratique au bistouri, sur le bord interne de chacune des grandes lèvres, l'excision d'une languette de muqueuse de 3 centimètres environ de longueur sur 1 centimètre de large, languette qui correspond à la portion macroscopiquement altérée de cette muqueuse, c'est-à-dire un peu rugueuse, saillante et jaunâtre.

Puis, enfonçant la pointe du bistouri perpendiculairement au plan musculaire, je sectionne transversalement et profondément toute l'épaisseur de l'anneau musculaire de la vulve, de chaque côté, dans la partie inférieure de la plaie, aussi près que possible du sphincter anal. Il en résulte un écoulement sanguin assez prononcé, venant vraisemblablement du réseau veineux hémorroïdaire et qu'un peu de compression suffit à arrêter.

Les deux petites plaies sont refermées par deux points au crin de Florence.

Enfin, je me reporte plus haut, vers le clitoris, et, par une petite boutonnière cutanée, je sectionne transversalement les racines du clitoris et, avec elles, les branches du nerf honteux interne, au moyen de la pointe du bistouri, celui-ci fonctionnant comme un ténotome. Hémorragie nulle. La plaie, insignifiante, n'est même pas suturée. L'opération a duré 10 minutes.

Les jours suivants, on note une suffusion sanguine assez marquée au niveau du périnée et des grandes lèvres, accompagnée d'un peu d'œdème. Pas de température.

Au bout de 8 jours, les fils sont enlevés. L'œdème a disparu, l'épanchement sanguin sous-cutanée ne s'accuse plus que par une teinte jaune et mauve des téguments. Les boutonnières qui ont servi à la section des racines du clitoris sont cicatrisées.

La malade accuse une disparition complète de tous les phénomènes dont elle souffrait. Le prurit n'existe plus, pas même la nuit. La douleur à la pression, l'hyperesthésie, la contracture, le vaginisme, ne sont plus qu'un souvenir. Après 10 ans de souffrances, « c'est le paradis », dit la malade.

Je l'ai revue à la fin de juin, la guérison s'est complètement maintenue. Mme B. travaille toute la journée à son atelier, rentre chez elle à pied, marche sans plus rien ressentir. Elle est séparée de son mari et je n'ai pu avoir aucun renseignement sur la sensibilité des rapports. L'introduction du doigt ou d'une canule ne provoque plus aucun phénomène douloureux ni aucune réaction musculaire.

Je ne veux ajouter qu'un mot à cette observation. La question se pose en effet de savoir si nous ne nous sommes pas trouvés simplement en face de phénomènes hystériques sur lesquels l'intervention aurait réalisé une action curative de pure suggestion. Après tout, il s'agit d'une personne ayant subi une double ovariotomie, par conséquent mûre pour bien des névroses.

Je ne le crois pas, cependant; tout d'abord, je n'ai relevé chez elle aucun des signes classiques de l'hystérie. Le champ visuel est normal, pas de contracture en dehors de la région vulvo-vaginale, pas de zones hystérogènes. Il s'agit d'une petite bourgeoise très calme, ni loquace, ni taciturne.

D'autre part, les accidents remontent à une période antérieure à l'ovariotomie, en temps que tout premier début. La castration leur a donné le coup de grâce, ceci n'est pas douteux. Cependant, on a pu voir que tous les troubles physiologiques imputables à celle-ci — bouffées, insomnie, etc., — et qui sont classiques, ont

disparu au bout de deux ans. L'hyperesthésie vulvo-vaginale leur a survécu longuement et a été en s'aggravant. L'alternance avec l'herpès, qui a beaucoup frappé la malade, doit nous frapper aussi et éveiller l'idée de troubles névritiques réels.

Nous touchons là, d'ailleurs, à ce qui fait le fond même de la question dans ces hyperesthésies, c'est-à-dire l'exagération physiologique des phénomènes de réaction, vu le point de départ : c'est ce qui a pu faire dire, comme nous le rapportions au début, que la maladie était en réalité une affection nerveuse. Il n'en est pas moins curieux — et consolant, — qu'un traitement local approprié, parant à chacun des symptômes que nous trouvons associés ici, puisse y remédier, comme dans notre cas, d'une façon complète et définitive.

DU ROLE DE L'INSUFFISANCE MUSCULAIRE

DANS LA PATHOGÉNIE DES ÉVENTRATIONS

Par J. DENNECÉ

ÉTIOLOGIE

Ce que nous savons de l'importance du muscle au point de vue fonctionnel dans la contention des organes abdominaux, est mis en pleine lumière dans les différents cas de hernies ventrales que le chirurgien rencontre dans sa pratique journalière.

La paroi est sans cesse soumise à des pressions qui, d'un moment à l'autre, varient dans leur force et dans leur direction. Tant que l'équilibre entre la force et la résistance est au moins égal, il n'y a pas d'éventration; mais que, par suite d'un état général mauvais, d'une cause externe quelconque, la paroi se trouve lésée en un point, la hernie ventrale apparaît sur ce point.

Quoique arrivant au même résultat, et bien qu'ayant une même pathogénie : L'INSUFFISANCE MUSCULAIRE, l'étiologie des hernies ventrales n'est pas une, le muscle n'est pas lésé identiquement dans tous les cas. Aussi, étudierons-nous dans cette première partie :

1° Les éventrations que nous appellerons *spontanées*, c'est-à-dire qui, sans traumatisme externe ni interne, apparaissent comme les conséquences d'un trouble trophique de la musculature abdominale;

2° Les éventrations *traumatiques accidentelles*, qui surviennent quelques jours, quelques mois, voire même quelques années après l'accident, cause occasionnelle de l'infirmité.

Là encore nous verrons que le muscle a été atteint dans sa vitalité même : soit par section, et alors, directement; soit par atrophie, et alors, dans son innervation.

3° Les éventrations *traumatiques post-opératoires*, les plus nombreuses, les plus évitables peut-être, en tout cas, celles que rencontre le plus souvent le chirurgien.

Étiologie des éventrations spontanées.

Dans ces éventrations spéciales, où la lésion abdominale n'est que l'expression accidentelle de l'état général mauvais du sujet, on ne rencontre guère que des éventrations chroniques, à marche insidieuse, qui peu à peu préparent leurs sacs, et n'apparaissent qu'à la longue.

Ces hernies se montrent donc sans traumatisme externe, mais l'expression « sans traumatisme interne » serait exagérée; car, à côté de la classe des éventrations spontanées pures, il existe toute une catégorie d'éventrations qui, dites *éventrations par distension* ne sont, en réalité, que la résultante d'un affaiblissement de la cuirasse musculo-aponévrotique de l'abdomen sous les efforts, constants dans leur action mais variables dans leur puissance, exercés par les tumeurs.

§ 1er. — Éventrations spontanées pures.

Deux états généraux les amènent : *l'obésité, la cachexie.* Tous les deux, si opposés en apparence, aboutissent au même point en réalité : l'affaiblissement et presque la disparition de l'élément musculaire et, consécutivement, l'affaiblissement du tissu fibreux et aponévrotique, impuissant désormais à lutter seul contre la pression qui, elle, n'a pas varié, des viscères abdominaux.

L'obésité agit directement sur les muscles et les tissus environnants :

Sur les muscles, par la dégénérescence graisseuse qui atteint les fibres, les rendant plus rares et appauvries.

Sur les tissus environnants, en accumulant des lames épaisses de tissus adipeux dans le tissu cellulaire sous-cutané, entre les faisceaux déjà appauvris des muscles, et dans les couches sous-péritonéales.

Le terrain ainsi préparé pour l'éventration future, celle-ci est appelée pour ainsi dire et définitivement constituée lorsque les lipomes sous-péritonéaux ainsi produits se font jour à travers le muscle dissocié et la paroi appauvrie vers le tissu sous-cutané.

Les observations sont nombreuses.

Le baron Larrey [1] cite l'observation d'un nommé B... qui, porteur d'une éventration spontanée due à une obésité très marquée,

[1] Larrey. Communication à l'Académie, 1869.

mourut à Cayenne. La nécropsie faite montra cet état adipeux considérable, et la pauvreté du tissu musculaire, très réduit et littéralement infiltré de tissu graisseux.

Lachaume cite le cas d'un homme porteur de quatre hernies ventrales; une au-dessus de l'ombilic, une au-dessous, et deux vers les lombes.

Marmisse, de Bordeaux, cite un cas avec nécropsie. Les lésions sont identiques. Il note une accumulation de graisse dans l'épaisseur de la paroi, ainsi que la destruction du muscle. La femme avait soixante-deux ans.

Mongie[1] rapporte le cas suivant : éventration chez une femme obèse, de cinquante ans, portant depuis quinze ans une tumeur médiane s'étendant de l'ombilic à l'appendice xiphoïde. Elle fut opérée par le professeur agrégé Villar.

Bowen[2] cite le cas d'une femme de cinquante-cinq ans, pesant 210 livres et se présentant avec une hernie grosse comme une tête d'enfant. Cette hernie était apparue deux ans auparavant, progressivement à la suite d'une chute faite dans un escalier.

Cette observation est intéressante, car elle montre combien, avec des parois mauvaises, un traumatisme léger peut être suivi d'une grave lésion.

Les CACHEXIES agissent par l'amaigrissement considérable qu'elles amènent. Moins que l'obésité, elles sont cause des hernies ventrales. Elles jouent plutôt le rôle de causes prédisposantes nécessitant un effort ou un traumatisme moindre pour un résultat identique.

L'ATROPHIE MUSCULAIRE se localisant, non seulement sur un membre, mais encore sur un des groupes musculaires de la paroi de l'abdomen, entraîne la possibilité d'une éventration consécutive; et, chose remarquable que signale Duchesne de Boulogne, « cette atrophie a peu de retentissement, dit-il, sur la respiration, mais a une influence considérable au point de vue des éventrations ». Il cite l'observation d'un enfant de cinq ans qui, depuis l'âge de six mois, atteint de paralysie atrophique généralisée, était porteur d'une éventration située à droite de la ligne médiane. Cette éventration augmentait de volume dans l'inspiration, disparaissait dans l'expiration normale, et doublait de volume dans l'effort et au moment des cris.

[1] *J. de Méd. de Bordeaux*, 1898, p. 175.
[2] BOWEN. *Ass. J. Obs.* N. Y., 1898, p. 547 et 558.

§ 2. — Éventrations spontanées par distension

Les éventrations spontanées par distension proviennent de trois causes : les grossesse, les tumeurs, les ascites.

1° La GROSSESSE agit sur la paroi abdominale d'une façon un peu spéciale. Là encore, le muscle est le plus lésé, puisque dans l'involution consécutive de toute la paroi, il ne peut plus aider les tissus fibreux qui, affaiblis, ont à lutter contre la pression intra-abdominale sans être suffisamment soutenus par la sangle musculaire.

Doléris, dans une leçon clinique recueillie et publiée par Lenoble dans la *Gynécologie* de 1897, attire l'attention sur ces éventrations.

« Pendant la grossesse, il existe toujours un certain degré d'élargissement de la paroi, un agrandissement de la ligne blanche pouvant aller jusqu'à une légère hernie localisée; mais en même temps qu'ils se laissent distendre, les tissus s'hypertrophient « proportionnellement à l'effort subi, ce qui est une condition favorable à la *restitutio ad integrum* pendant les suites de couches (Doléris) ».

Cette hypertrophie proportionnelle est justement ce qui caractérise la distension de la sangle abdominale pendant la grossesse d'avec la distension pathologique causée par une tumeur ou l'ascite. Si l'on palpe un ventre aussitôt ou peu de jours après l'accouchement, on sent un écartement assez considérable des droits ; la propulsion de l'intestin dans l'effort et dans les quintes de toux est très nette. Puis tout rentre dans l'ordre; l'involution s'est faite : les tissus fibreux amincis semblent se tasser, et les fibres musculaires qui, elles, s'étaient accrues en nombre et en force, concourent pour une forte part à ce résultat.

C'est là un fait que signale Doléris. Son travail serait à citer tout entier. Nous lui ferons de larges emprunts dans les lignes qui suivent.

Sabattier, en 1832, expliquait la formation de l'éventration *post partum* par la cessation subite de la distension des parois à la suite de l'expulsion du fœtus. C'était là pour lui la cause de l'éventration. Il y a là, sans doute, une cause prédisposante, mais c'est tout.

Il fait remarquer encore que le port habituel du corset prédispose beaucoup aux hernies ventrales, et Doléris en trouve l'explication dans ces faits :

1° Que les viscères sont repoussés en bas, d'où augmentation à ce niveau ;

2° Que cette compression exercée sur les vaisseaux et les nerfs amène bientôt une dénutrition caractérisée par l'affaiblissement musculaire et aponévrotique ;

3° Qu'une adipose assez considérable se développe consécutivement.

Quernau, en 1897, dans sa Thèse inaugurale, étudie les éventrations consécutives à la grossesse. Pour lui, les lésions principales tiennent au relâchement et à l'amincissement des diverses couches pariétales du ventre, Il accorde une mention toute spéciale à l'étalement de la ligne blanche et des autres espaces fibreux laissés libres entre les faisceaux musculaires.

Il note cependant l'amincissement et le défaut d'énergie des muscles tiraillés et atrophiés après ce véritable traumatisme. C'est donc dans la faillite véritable du muscle, croyons-nous, qu'il faut voir la cause réelle de l'éventration ; car, dans les cas normaux, c'est lui qui, revenant plus vite que l'aponévrose affaiblie, soutient la pression abdominale et permet à l'aponévrose de se tasser peu à peu, et de revenir à son état normal.

Quoi qu'il en soit, les éventrations de grossessse sont : les unes petites et transitoires, normales presque ; les autres, importantes, permanentes et souvent excessives. Toutes les femmes grosses ont physiologiquement, à des degrés variables, les premières ; d'autres, dont la résistance est moindre, dont « l'étoffe de tissus, selon l'heureux mot de Doléris, est mauvaise », ont les dernières.

Avec cet auteur nous diviserons les éventrations *post-partum* en deux classes : celles qui tiennent directement à la grossesse, celles qui tiennent à des causes extrinsèques.

Parmi celles qui tiennent directement à la grossesse, nous noterons l'influence des grossesses répétées et surtout des *grossesses répétées et consécutives*. Chez celles-là, la tension continuelle des muscles et des aponévroses sans repos ne leur permet pas de revenir à leur état primitif. Il y a là une SUBINVOLUTION DU TISSU MUSCULAIRE et fibreux se traduisant, pour le premier surtout, par une dégénérescence graisseuse et une atonie considérable.

Dans d'autres cas, la lésion est tout autre. Il n'y a pas eu de grossesses consécutives, mais le muscle exagère son involution normale. Au lieu de perdre simplement ce qu'il a acquis en trop en vue de l'acte de l'accouchement, il continue cette déperdition. Il y a véritable SUPERINVOLUTION qui aboutit bientôt à une véritable atrophie. La paroi de l'abdomen est flasque, molle, dépressible.

Dans l'effort, on ne sent plus la sangle abdominale tendue et ferme, et les muscles contractés ne forment plus qu'un relief infime ou nul.

Le *produit de la grossesse* a un retentissement et une influence considérables. On comprend quelle différence peut exister, au point de vue de l'action sur les parois, entre un utérus normalement développé et l'utérus devenu extrêmement volumineux par suite d'un gros enfant, d'une grossesse gémellaire, d'une tumeur fibreuse co-existante, de l'hydramnios.

Indirectement, l'état du sujet influe, et à ce point que, après quatre, cinq, six grossesses, une femme peut n'avoir pas d'éventration tandis qu'une autre, après une seule grossesse, en présentera une très accentuée.

Une femme de vingt-trois ans s'est présentée à nous à la consultation de l'hôpital Broussais, ayant eu une seule grossesse ; elle avait une apparence lymphatique, mais semblait en bonne santé, et venait consulter pour des douleurs dans le bas-ventre, avec pertes blanches très abondantes. A l'examen, on lui trouva une éventration considérable de la ligne blanche faisant, lorsqu'elle toussait, une saillie grosse comme une tête fœtale.

En mai 1902, une femme R..., âgée de vingt-qnatre ans, se présenta à la consultation du Dr Boissard : c'était une primipare qui était accouchée d'un enfant pesant 3.230 grammes, et qui présentait une éventration médiane de la ligne blanche large de cinq travers de doigts. La paroi était flottante et semblable à un chiffon mouillé ; les muscles, dans l'effort, ne formaient aucun relief ; la malade venait pour des douleurs dans le ventre.

Observation de Doléris

P... Augustine, âgée de vingt-deux ans, primipare, entre le 11 décembre 1895 ; toujours souffrante, c'est une chlorotique. Accouchement avec application de forceps pour insuffisance de contraction à la dernière période du travail. Hémorragie par inertie utérine. Enfant volumineux de 3.800 grammes.

Dans les premiers jours qui suivent, pas de retrait de la paroi. L'abdomen reste développé et flasque, les vergetures sont très marquées. Trois semaines après, sortie de l'hôpital. Le ventre est gros, flasque, et retombe sur les cuisses. L'état général est bon.

Le 19 novembre 1896, la malade revient. La paroi est volumineuse, flasque, graisseuse, converte de vergetures très profondes. Il existait un véritable ballottement de la masse épaisse, au niveau de laquelle la peau est indurée, œdémateuse, et présente de nombreuses rides et une coloration brune assez marquée.

Au-dessous, par la palpation profonde, on sent un écartement des muscles droits d'environ 10 centimètres ; au niveau de cette éventration, la masse intestinale tend à faire hernie au dehors au moindre

effort. Du côté de l'utérus, abaissement léger, ptose, et relâchement des parois du vagin.

La malade fut opérée et guérit.

Par contre, en 1899, nous vîmes chez M. le Dr Talamon, à Bichat, une malade, chiffonnière, entrée pour grippe, et qui, bien qu'ayant eu vingt-quatre grossesses, toutes à terme et enfants vivants, avait le ventre généralement distendu, mais peu, et sans trace d'éventration.

La *conformation même du bassin* peut devenir cause d'éventration. C'est ainsi que les déviations du bassin, empêchant l'engagement de se faire, repoussant l'utérus en avant, surtout dans les cas de déviation secondaire ou primitive du rachis, sont souvent des causes favorisant cet accident.

Avant de terminer sur ce point, rappelons des cas curieux d'éventration survenant à la suite de grossesses, et montrant combien peut être considérable l'influence de la parturition sur la production des éventrations.

Larrey, dans le mémoire déjà mentionné, à l'Académie de médecine, cite un cas de *hernie lombaire* à la suite de couche, rapporté par Ravaton[1]; et Pelletan[2] cite, chez une femme, un écartement considérable de la portion charnue de l'abdomen, et des *hernies multiples* à la circonférence du ventre.

2° Les TUMEURS, lorsqu'elles sont considérables, agissent comme la grossesse ; il y a surdistension de la paroi abdominale, et sans doute aussi des lésions par compression entraînant un certain degré d'atrophie. Du reste, comme nous l'avons déjà dit plus haut en citant Doléris, ce qui distingue nettement les modifications apportées du côté de la sangle musculaire dans les cas de grossesse, et dans les cas de tumeurs, c'est que, dans les premiers, il y a hypertrophie proportionnelle des fibres musculaires, augmentées dans leur nombre et dans leur tonicité; chose qui n'existe pas dans les seconds.

3° L'ASCITE, qui, dans certains cas, est considérable (15 à 20 litres) et se repète rapidement après les ponctions, peut à son tour devenir une cause d'éventration, encore aggravée par ce fait que les ponctions répétées, suivies presque immédiatement d'une reproduction considérable de liquide, soumettent la paroi à des cessations subites de distension très analogues à celles que Sabatier incriminait à propos des éventrations post-partum.

[1] RAVATON cité par Larrey.
[2] PELLETAN, *Clinique chirurgicale*, t. III, 1810.

De plus, ici le péritoine est très souvent atteint et lésé, et alors l'opinion de Gilliam[1] qui veut que tout ce qui vient dépolir le péritoine et empêcher les glissements favorise les hernies, semble bien ici avoir une part de vérité.

En résumé, nous voyons que toutes les hernies ventrales spontanées ont une cause unique, que cette cause provient toujours plus ou moins directement de l'appareil musculaire; que celui-ci est dans les différents cas, et à des degrés divers, soit atrophié, soit tiraillé ou dissocié; que sa tonicité est presque toujours gravement atteinte; et qu'enfin il est rendu inapte à remplir son rôle de protecteur et de ferme soutien envers les passives aponévroses.

Étiologie des éventrations accidentelles

Celles-ci forment la seconde classe des éventrations : elles sont assez nombreuses et trouvent leurs causes déterminantes soit dans un accident survenu inopinément, soit dans une lésion locale de la paroi ayant son origine dans la paroi même; cette dernière catégorie d'éventrations forme le trait d'union entre les éventrations traumatiques accidentelles et les éventrations traumatiques post-opératoires.

Les lésions auront une influence très différente selon l'état général du sujet : en effet, on comprend facilement que le même traumatisme agira de façon différente selon que le blessé aura une paroi normale ou déjà relâchée : l'obésité, une tumeur préexistante, de multiples grossesses, un amaigrissement extrême sont autant de conditions différentes qui toutes favorisent le développement des laparocèles.

Ces éventrations se présentent dans des cas différents : tantôt, il n'y a pas eu de plaie extérieure, tantôt il y a une plaie extérieure considérable, tantôt, enfin, il y a eu simplement lésion inflammatoire de la paroi sans que le chirurgien ait eu à intervenir pour une opération quelconque.

Pour ce qui est des deux premières catégories, les conditions et les chances d'éventration varient avec les circonstances. Voici les conclusions auxquelles se rallie J. B. Blake[2] dans son article du *Journal de chirurgie et de médecine de Boston* en 1898 :

Quand il y a contusion des parois abdominales par un corps

[1] Gilliam, *Medical News*, 1892.
[2] Blake (J.-B.). *Boston M. A. S. Journal*, 1898, t. XXXIX, 409.

qui étrangle les téguments sur une ligne peu large et presque tranchante, celle-ci a beaucoup de chance d'être dilacérée.

Si le corps contondant est, au contraire, large et émoussé, ce sont les organes internes qui ont le plus de chance d'être lésés et cela sans lésion et sans déchirure de la peau.

Enfin, cet auteur insiste sur le rôle du muscle dans ces accidents :

Le ventre est-il tendu, les muscles contractés au moment du choc? presque toujours il y aura rupture et dilacération.

La paroi, au contraire, est-elle relâchée? elle fuit devant l'obstacle, et peut rester indemne.

La lésion musculaire qui entraîne l'éventration consécutive est variable.

1er Cas. — *Il n'y a pas eu de plaie extérieure.*

Les observations sont nombreuses de ces cas d'éventrations consécutives à des chocs, à des chutes, non suivis de plaie cutanée.

Déjà en 1791, Desault signale une observation due à Plaignaud et dans laquelle un petit garçon tombe du premier étage. Il se produit une déchirure du péritoine et de la portion charnue du grand et du petit oblique, ainsi que des fibres du transverse : l'intestin était, sous la peau, resté indemne.

Blake, dans la communication citée plus haut, en rapporte quatre cas personnels et plusieurs dus à des collègues.

Toutes ces observations sont importantes parce que dans toutes celles où il y a eu opération consécutive ou nécropsie, il a été démontré que la lésion musculaire était la plus importante, et était contrôlée ainsi directement.

Mais la lésion est différente. Comme nous l'avons vu, dans la majorité des observations, il y a eu dilacération et déchirure des fibres; mais, dans quelques autres cependant, cette lésion manque. Le tissu fibreux n'est pas déchiré, et on note une résistance supérieure au courant électrique.

Knapp, dans la discussion qui suivit cette communication de Blake, dit se rappeler un cas semblable. Pour lui, il y a sans doute eu lésion d'un nerf intercostal avec paresse et atrophie consécutive des muscles, et, d'après lui, la résistance au courant électrique signalée est en rapport avec la lésion nerveuse primitive.

2e Cas. — *Il y a eu plaie externe.*

Dans tous ces cas, il s'agit soit d'un instrument contondant plus ou moins aigu, soit d'un instrument piquant ou tranchant ;

et l'on est frappé par ce fait que souvent la plaie a été minime au point qu'il n'y a même pas eu de suture, et qu'elle s'est refermée d'elle-même; or, quelques mois après, une hernie ventrale est apparue.

Un cas tout à fait exceptionnel est rapporté par Laurent[1], médecin de marine.

En 1894, un homme, indigène de la Cochinchine, entre à l'hôpital de Phy-nan, près Saïgon. Depuis six ans, à la suite d'une large plaie causée par un coup de corne de buffle, il est porteur d'une hernie intestinale *à air libre*, sans peau ni sac pour protéger l'intestin, qui forme une masse recouverte de sortes de bourgeons charnus, rougeâtre et longue de 23 centimètres. La séreuse viscérale de revêtement de l'intestin s'unit, sur les bords de la plaie, à la peau.

Le malade devait être opéré, mais disparut subitement pendant la nuit et ne fut plus revu. Le cas est unique.

Mais, à côté de cela, il se produit des types dont voici quelques exemples :

Mauny, de Saintes[2], rapporte le cas d'une femme de quarante-sept ans qui, atteinte dans la région de l'ombilic d'un coup de couteau, est amenée à l'hôpital. On fait une simple suture à la peau, et la plaie se guérit. Mais quelques semaines après, une hernie ventrale apparaît.

Richerand[3] cite une éventration par coup de sabre. Il n'est pas fait de suture, la plaie étant minime; la réunion se fait vivement; le malade se croit définitivement guéri et, vu la petitesse de la plaie, ne porte pas de ceinture. Huit mois après, une éventration apparaît.

Ferrand[4], dans sa *Thèse* inaugurale, rapporte le fait suivant : Une femme reçoit un coup de serpette dans l'hypocondre droit. Elle se soigne elle même avec des cataplasmes; mais un an après une éventration apparaît dans l'hypocondre lésé.

Ces observations sont citées par Dupont dans sa *Thèse* inaugurale (1893).

Blake[5] signale le cas d'une petite fille de huit ans, tombée en portant une bouteille de wisky. Il se forme une plaie de trois à quatre pouces, avec hernie d'estomac consécutive.

[1] Laurent. *Rev. clin. d'andr. et gynéc.*, Paris, 1898, p. 78.
[2] Mauny, de Saintes. *Congrès français*, 1892, p. 253.
[3] Richerand. *Nosographie chirurgicale*.
[4] Ferrand. *Thèse inaugurale*, 1881.
[5] Blake. *Boston M. A. S. Journal*, 1898.

Salistscheff, de Tomsk, cite, à propos d'une opération de cure radicale dont nous reparlerons au traitement, le cas d'un homme qui, à la suite d'un coup de couteau reçu dans la partie supérieure du droit gauche, eut une éventration qui nécessita un traitement chirurgical.

Ces observations sont intéressantes à deux points de vue.

1° Parce que, dans toutes, il y a eu lésion du muscle, et lésion qui semblait ne devoir entraîner aucun trouble fonctionnel, et qui cependant a eu immédiatement pour résultat une éventration.

2° Parce qu'elles montrent la nécessité d'apporter une sérieuse attention dans le traitement des plaies de cette nature, car mieux vaut un peu plus de soins au moment de l'accident, que d'exposer le malade à devenir un infirme qui devra avoir à nouveau recours à un chirurgien, et cela, pour une opération souvent grave.

Enfin, avant de parler des éventrations par inflammation de la paroi (3° cas), il est bon de noter une remarque faite par Blake [1] dans la discussion qui suivit la présentation de son malade porteur de hernie ventrale sans plaie externe.

Il fait observer « que les blessures de guerre : balles ou coups d'armes blanches sont rarement suivies d'éventration; en tout cas, dit-il, il n'en est pas fait mention dans les rapports de guerre ».

Peut-être ces éventrations sont-elles plus fréquentes qu'elles ne paraissent, car les jeunes soldats rentrés dans leurs foyers peuvent très bien au bout d'un certain temps, à la suite d'un effort par exemple, présenter une éventration.

D'autre part, les baïonnettes actuelles sont, non plus coupantes, mais piquantes, et écartent plus les fibres musculaires qu'elles ne les lèsent véritablement.

Ce n'est, toutefois, là qu'une hypothèse, mais qui, vérifiée, mettrait en pleine lumière l'importance de la lésion musculaire : celle-ci étant, dans les coups de couteau, toujours ou presque toujours, suivie d'éventration.

3° CAS. — *Il y a lésion inflammatoire de la paroi.*

Chopart et Desault signalent les hernies ventrales qui se forment, disent-ils, dans les régions latérales de l'abdomen, au côté externe des muscles droits, rarement dans la région lom-

[1] BLAKE. *Boston M. a. S. Journal*, 1898.

baire; et qui apparaissent à la suite d'abcès situés sous les muscles ou sous les aponévroses.

Cette classe de hernies ventrales tient le milieu entre la hernie ventrale traumatique type et les hernies ventrales traumatiques opératoires, car il est difficile de faire la part exacte qui revient dans ces cas : d'une part, à la lésion musculaire que cause le voisinage du pus, d'autre part, à la perte de substance causée soit par l'ouverture spontanée de l'abcès à la peau, soit par l'ouverture au bistouri, ce qui fait que l'on retombe dans la classe des éventrations post-opératoires. Il ne s'agit là que d'une affaire de degré.

ÉTIOLOGIE DES ÉVENTRATIONS POST-OPÉRATOIRES

Les éventrations post-opératoires sont certainement les plus nombreuses; ce sont celles que les chirurgiens rencontrent le plus souvent.

Si, d'un côté, leur étiologie peut être mieux étudiée, puisqu'on assiste, pour ainsi dire, à leur apparition et à leur développement, et puisqu'il est facile de remonter à leur cause et de chercher leur condition opératoire; d'un autre côté, les observations n'en sont toujours publiées, à cause de cela même, qu'avec la plus grande réserve, personne n'aimant particulièrement à avouer ses erreurs de technique ou ses fautes opératoires. C'est à cela qu'il faut sans doute attribuer le petit nombre de statistiques publiées sur ce sujet. Aussi, jusqu'à ces dernières années, les travaux sur ce sujet ont été peu nombreux.

Avant d'aborder l'étude des causes déterminantes, qui sont les accidents survenant du côté de la suture, nous dirons quelques mots de l'étiologie générale de ces éventrations; puis nous verrons les causes prédisposantes : nous étudierons, au chapitre de la *Prophylaxie*, les modes de suture, et indiquerons celui auquel il faut donner la préférence.

§ 1er. — Etiologie générale.

Là, plus encore que dans les éventrations traumatiques accidentelles, la question du terrain est importante. Faire une laparotomie sur un ventre à paroi saine, robuste et bien musclé est chose toute différente que d'opérer sur des tissus mous, flottants, graisseux ou atrophiés.

Dans le premier cas, le chirurgien a toute l'étoffe nécessaire

pour réparer la brèche qu'il a ouverte; dans le second il sera mal servi par des téguments défectueux, encore affaiblis par le traumatisme opératoire.

L'état général du malade apporte donc un appoint considérable dans les chances de réussite complète ou d'éventration consécutive.

Envisagés au point de vue aptitude à la réparation cicatricielle, les tissus, indépendamment de toute lésion pathologique, ne se comportent pas d'une façon identique. Il faut que le tissu sur lequel on opère soit susceptible de se séparer vite et bien. C'est là la condition essentielle de la restitution *ad integrum* des fonctions des tissus intéressés par l'acte opératoire. De tous les tissus, celui qui offre les meilleures conditions intrinsèques, de bonne réunion primitive, c'est le muscle.

Aussi La Torre, dans son rapport au Congrès de chirurgie de Genève, se pose-t-il en partisan résolu de l'incision en plein muscle.

Cependant, en France, la majorité des chirurgiens opèrent par section de la ligne blanche; nous verrons au chapitre de la *Prophylaxie*, les règles à observer, les mesures à prendre pour éviter, dans ce procédé, les hernies consécutives.

L'opinion soutenue à Genève par La Torre, même à l'étranger, est loin d'être universellement admise, et Johnson dit: « L'action « de couper autant que possible à travers le tissu musculaire, « selon la méthode de Wolsen et Mc Burney, est sujette à des « objections bien fondées. La fonction du muscle, qui consiste à « se contracter et à se relâcher, est ainsi empêchée, et il est « évident que le tissu de cicatrice est soumis constamment à une « forte tension suivie de relâchement; ce qui, au bout d'un « certain temps, peut rouvrir la cicatrice et donner lieu à une « hernie. »

Ceci est juste surtout dans les sections latérales ou dans les sections obliques sur les muscles droits. La section verticale dans le muscle droit, par conséquent parallèle à la direction de ses faisceaux constitutifs, est moins sujette à ce reproche. Il n'en est pas moins vrai que l'on crée une plaie musculaire dans laquelle la moindre faute opératoire sera suivie, on peut dire infailliblement presque, d'éventration.

Quels que soient le lieu de l'incision et les tissus incisés, quelle part revient au muscle dans les accidents consécutifs?

La Torre, dans une enquête faite en 1897, avait demandé aux chirurgiens allemands, italiens, français, etc., de répondre à

cette question : Quelle est, d'après vous, la cause des éventrations post-opératoires ?

La lecture des réponses est intéressante. Les uns n'ont nommé que les causes banales : drainage, infection, travaux de force trop pénibles, etc. D'autres sont allés plus loin et ont voulu chercher la pathogénie véritable, laissant de côté, sans en méconnaître ou en nier la valeur, les causes que nous avons citées; pour eux, ces causes, quelque importantes qu'elles soient, amènent, pour ainsi dire, une sorte de déclanchement, origine de l'éventration. Ils ont fait la part large à l'influence du muscle; voici ces réponses :

— La cause des éventrations doit être cherchée dans la diastase préexistante des muscles droits, ainsi que dans l'incision faite sur la ligne blanche, sans ouverture de la gaine des droits;

(ANTONA, de Naples.)

— Dans les efforts excessifs des muscles abdominaux, ceux que nécessite, par exemple, l'exercice des professions de force.

(DODERLEIN.)

— Dans la diastase des muscles droits.

(DOHRN, de Kœnigsberg.)

— Dans le manque de solidité de la suture des muscles.

(LE DENTU, de Paris.)

— Dans une faute de réunion profonde du plan musculo-aponévrotique.

(MANGIAGALLI, de Paris; NOVARO, de Bologne.)

— Dans la grande abondance de graisse qui empêche le rapprochement effectif des muscles droits, leur mise en contact immédiat.

(PESTALOZZA, de Florence.)

— Dans la dégénérescence des droits.

(QUEIREL, de Marseille.)

— Dans la réunion imparfaite des aponévroses des muscles droits de l'abdomen.

(SLAWIANSKY, de Saint-Pétersbourg.)

— Dans la réunion imparfaite de tous les tissus et en particulier de la gaine des droits.

(SNEGUIREFF, de Moscou.)

Ainsi, tous ces auteurs sont d'accord pour attribuer au muscle une importance considérable.

Dans l'étude des causes prédisposantes, nous allons retrouver les lésions musculaires, comme point de départ initial des éventrations consécutives.

Mais avant d'aborder ce paragraphe, disons tout de suite que la valeur du tissu sur lequel on opérera devant être, dans tous les cas, le meilleur possible, il est de toute nécessité d'éviter le froissement des lèvres de la plaie, les souillures de sang et de pus. Mardle pousse ce souci assez loin pour rejeter les pinces à forcipressure et de Kocher comme moyen de repérer les plans divisés. Il a fait construire une pince spéciale à cet effet.

§ 2. — Causes prédisposantes des éventrations post-opératoires.

Nous étudierons dans ce paragraphe l'importance que peut avoir l'incision considérée dans son siège, dans sa direction et dans sa longueur, dans l'étiologie et la pathogénie des éventrations, et nous verrons qu'elle ne prend une importance considérable que par ce fait que ces conditions différentes ont une action sur la façon dont se comportera le muscle dans la suite.

1° Siège de l'incision.

Nous avons vu qu'il n'était pas indifférent d'inciser sur du tissu fibreux ou sur du tissu musculaire; aussi, par siège de l'incision, entendons-nous simplement la région où l'on doit porter le tranchant du bistouri.

Ainsi compris, le siège de l'incision peut se trouver :

a) Sur la ligne médiane,
b) Sur les régions latérales,
c) Sur la région postérieure de l'abdomen.

a) *Sur la ligne médiane.* — La fréquence des laparotomies médianes amène la plus grande fréquence des éventrations médianes : aussi trouve-t-on plus de travaux sur ce sujet, et aussi plus de recherches de la pathogénie de ces éventrations.

Fasola[1] attribue la grande fréquence des éventrations médianes aux mouvements de la vessie qui, dans l'état de réplétion, se distendant au-dessus du pubis, vient frotter en arrière de la suture récente, et ainsi trouble le travail de cicatrisation. « Il

[1] Fasola. *Annali di obst. e gin.*, 1888.

« n'y a pas d'éventration, dit-il, si l'extrémité inférieure de l'in-
« cision s'éloigne de 4 centimètres au moins du bord supérieur « de la symphyse pubienne; il y a éventration, au contraire, si « l'on se rapproche du pubis, car la vessie urinaire dérange le « processus de réparation. »

Plusieurs objections peuvent être faites à cette manière de voir. D'abord, Fasola n'envisage qu'un point de la question et non la question tout entière, car il ne donne pas d'explication pour les éventrations consécutives à des laparotomies haut situées; ensuite, avec cette hypothèse, comment expliquer les éventrations qui se montrent à l'extrémité supérieure de l'incision?

Glénard avait vu plus juste, quand il incriminait la disparition du Pyramidal, ou tout au moins sa lésion, comme cause des éventrations bas situées. Nous avons vu, en effet, au chapitre de la *Physiologie*, que le pyramidal est très important, et comble en bas, où la pression est très forte, l'espace compris entre les Droits.

Tournemelle montre la liaison qui existe entre la pression abdominale plus considérable en bas, à mesure qu'on se rapproche des pubis, et la plus grande fréquence des hernies ventrales. Il note que, dans ce cas, la cicatrice, affaiblie souvent par un drainage plus ou moins prolongé, se laisse distendre.

Pour nous, dans ces lésions succédant à des laparotomies médianes, la grande cause des éventrations survenant au niveau de la cicatrice — qui peut parfaitement n'avoir même pas suppuré — est dans l'écartement anormal des muscles droits, consécutif à l'opération, dans toute l'étendue de la ligne blanche, écartement aggravé encore, dans les incisions basses, par la lésion du pyramidal.

En effet, les incisions dites médianes, ne le sont pas géométriquement parlant, car il est à peu près impossible de sectionner la ligne blanche juste en son milieu. Dans ces conditions, pour peu que le bistouri dévie à droite ou à gauche, il ouvre la gaine de l'un des droits et quelquefois les deux gaines. La conséquence immédiate est la rétraction du muscle, rétraction analogue à celle qu'on observe facilement à la cuisse, lorsque dans la ligature de la fémorale, comme la pratiquent certains anatomistes, ou dans une amputation, on a ouvert la gaine du muscle couturier.

Si, par la suture, on ne va pas chercher le tissu musculaire pour le ramener à sa place normale, il advient de toute nécessité qu'une fois la paroi fermée, il persiste un écartement réel de la

ligne blanche, créant un point faible là précisément où une suture récente a créé déjà un *locus minoris resistentiæ*. Tout est donc réuni pour donner à bref délai une éventration.

Cela explique que les éventrations peuvent se montrer à des points différents de la cicatrice. Abels[1] fait remarquer que les hernies se développent de préférence dans le tiers inférieur et à ses deux extrémités.

Quand la suture est bien faite, les muscles respectés, l'influence de la pression intra-abdominale invoquée par Tournemelle a peu d'importance. En effet, en haut, les muscles droits ne peuvent guère s'écarter, maintenus qu'ils sont par des intersections fibreuses qui adhèrent fortement à la face profonde du feuillet antérieur de l'aponévrose du muscle, côtes fibreuses de l'abdomen comme on les a si justement dénommées. En bas où la pression est plus forte, les muscles droits ont une épaisseur plus grande, et les muscles pyramidaux s'y ajoutent.

En somme, les viscères se frayent une route où il y a un point faible, et il peut y en avoir dans toute la hauteur de la ligne de suture, si celle-ci est mal faite.

Ceci s'applique aussi bien aux incisions latérales qu'aux incisions médianes.

b) *Région latérale de l'abdomen.* — L'incision portant sur la région latérale de l'abdomen est, plus souvent que celle portant sur la ligne médiane, l'origine d'éventrations, et cela pour plusieurs raisons.

1° Quelle que soit la direction de l'incision, il y aura toujours un ou deux plans de la paroi divisée plus ou moins obliquement par rapport à la direction des fibres des muscles ou des aponévroses d'insertion qui les terminent.

2° Sont presque inévitables des lésions nerveuses qui, si elles ne causent pas des éventrations sur la cicatrice même, sont l'origine d'éventrations *para-cicatricielles* dues à l'atrophie consécutive des droits.

3° Enfin, on a plus souvent l'occasion d'agir là pour des suppurations qui nécessitent des drainages consécutifs ou même le défaut complet de réunion.

Ce que nous avons vu dans un précédent chapitre nous dispense de nous étendre sur le premier point ; si l'on incise dans la direction des fibres du grand oblique, le petit oblique et le transverse seront blessés presque perpendiculairement à la

[1] Abels. *Arch. f. Gynæk.*, LVI, 3.

direction de leurs fibres. De là une difficulté très grande dans la suture de ces deux lames musculaires, et de bien plus grandes chances d'éventrations consécutives, la contraction des différents muscles tirant obliquement sur les fils de la suture et ayant de grandes chances de les disjoindre ou de les arracher, à la moindre faute de technique.

Quant aux lésions nerveuses, les Allemands y attachent une grande importance. En France, Renaudière de Vaux a consacré sa *Thèse* inaugurale à cette question, et il conclut en disant :

« Les documents cliniques semblent, en ce qui concerne spécialement les laparotomies pour appendicite, permettre de rejeter, tout au moins dans les conditions habituelles, l'existence d'éventrations post-opératoires d'origine atrophique, et consécutives à la section des filets nerveux moteurs de la paroi abdominale. »

Peut-être y a-t-il là un peu trop de généralisation. Il est certain que ces éventrations sont rares ; cependant Assimy cite des observations dans lesquelles le grand droit s'est atrophié après laparotomie latérale par section des nerfs moteurs et trophiques, aucune autre cause ne pouvant être invoquée. Kocher, dans sa médecine opératoire, Lennander sont du même avis.

Enfin Johnson, qui s'est beaucoup occupé des éventrations, écrit dans le *Medical News* [1] : « Il n'y a pas d'anastomoses avec les nerfs de l'autre côté, ni en toute probabilité avec les nerfs voisins ; par conséquent, la partie du muscle distale du nerf, après section, perd son innervation, et est exposée à la paralysie et à l'atrophie. Ainsi, dans le développement consécutif de la hernie, la portion atrophiée, et par là même sans force, de la paroi abdominale se laisse refouler et distendre par l'effet de la pression intra-abdominale. »

En 1898 [2], il écrivait déjà : « Les facteurs de la production des hernies, suites d'appendectomie, sont :

1° Une longue incision ;

2° La section d'un nerf se rendant aux muscles ;

3° Une incision à travers le tissu musculaire. »

Enfin, dans ces incisions latérales, il y a presque toujours un élément spécial, le pus, qui vient aggraver les chances d'éventrations.

Les conditions sont pleinement remplies dans les appendicites suppurées : c'est là qu'il faut voir la raison de la très grande

[1] *Medical News*, p, 319.
[2] JOHNSON. *J. Am. Ass. chirurg.*, XXXI, p. 412.

fréquence des éventrations à la suite des appendicites opérées à chaud. Là, en effet, le pus empêche l'occlusion immédiate de la paroi, et les bords de la plaie ne tardent pas à être baignés de pus.

Johnson [1] rapporte ainsi une statistique de 200 cas d'appendectomie dressée en vue de savoir dans quel cas on a le plus souvent des hernies ventrales. Il établit quatre classes.

1re classe : Pas d'adhérences, pas de pus, pas de fausses membranes, 52 cas. Éventrations, 0.

2e classe : Adhérences et fausses membranes, pas de pus. 54 cas. Éventrations, 0.

3e classe. Pus et infection localisée. 48 cas. Éventrations, 6.

4e classe : Pus, fausses membranes, perforation de l'appendice et gangrène, 46 cas. Éventrations, 4.

Les abcès des parois de l'abdomen, déjà signalés par Chopart et Desault en 1779, sont ensuite les causes les plus fréquentes, dans les incisions latérales et pour les mêmes raisons.

c) *Région postérieure*. — Les incisions portant sur la région postérieure sont moins souvent causes d'éventrations. Les observations sont rares ; on opère moins souvent, et les intestins ont moins de tendance à se hernier en arrière qu'en avant, parce que la paroi est à peu près fixe en arrière, et que la pression s'exerce surtout en avant et sur le périnée.

Mc Cosh en cite un exemple que nous trouverons exposé au traitement. Hutchinson en cite 5 cas.

Là encore, on peut noter l'impossibilité de ne pas léser les muscles dans une direction plus ou moins perpendiculaire à leurs fibres, mais il faut voir le peu de fréquences de ces hernies dans les conditions que nous venons de dire.

2° Direction de l'incision.

Après ce qui a été dit plus haut au sujet du siège des incisions, il reste peu de choses à dire sur leur direction. Dans toutes les techniques opératoires des laparotomies, tant médianes que latérales ou postérieures, on a toujours cherché à se rapprocher de la direction des fibres musculaires ; les dégâts sont moins importants, les chances de bonne réunion plus nombreuses, et, par là même, les chances d'éventrations diminuées d'autant.

3° Longueur de l'incision.

La longueur de l'incision a-t-elle une influence considérable? Cela semble douteux si l'on en croit les auteurs, car les avis sont partagés.

[1] Johnson. *J. Am. Ass. chirurg.*, XXXI, p. 402.

Au début de l'ère antiseptique qui permit seule les nombreuses laparotomies, on pratiquait les grandes incisions : on voulait voir clair.

Puis les éventrations consécutives rendirent plus prudent, et aujourd'hui, la majorité des chirurgiens cherchent les plaies petites, d'une réunion plus parfaite et d'une guérison plus rapide. Les grandes incisions, en effet, causent naturellement de plus grands dégâts et traumatisent la paroi sur une longue étendue, d'où affaiblissement considérable.

L'écartement musculaire qui en résulte rend plus difficile une bonne suture et une excellente coaptation des lèvres de la plaie.

Ces désavantages sont exagérés encore quand il s'agit des incisions latérales, où une plus grande quantité de fibres musculaires sont tranchées, dans des sens opposés à leur direction, ou, pour dire plus juste, dans ces sortes d'incisions, les fibres musculaires ne sont plus simplement écartées comme celles du grand droit dans les laparotomies longitudinales para-axiales, elles sont coupées.

Cependant H. Durand et R. Waldo sont d'avis que l'on peut éviter l'éventration post-opératoire en ayant soin de faire une incision abdominale assez grande.

« Ainsi disent-ils, on opère plus aisément et sans meurtrir les lèvres de la plaie. »

Boldt ajoute : « L'idéal est d'éviter la hernie : on y arrivera toujours avec n'importe quelle suture, si on fait l'incision assez large pour qu'on ne soit pas obligé, pour voir ou pour aider, de léser les bords. »

Pour nous, nous pensons qu'il vaut mieux s'en tenir aux incisions petites qui diminuent d'autant la chance que peut avoir un point de s'arracher ou de céder, et qui supportent, toutes choses égales d'ailleurs, une pression moindre, et par conséquent ont une chance moindre de se laisser distendre.

§ 3. — Causes déterminantes des éventrations post-opératoires.

Les causes déterminantes des éventrations post-opératoires tiennent toutes à un fait pathologique qui se passe du côté de la suture et cela indépendamment du siège de cette suture.

Dans le paragraphe précédent, nous avons vu la part qui reve-

nait à son siège, à sa longueur, à sa direction, car, après l'opération, incision et suture se confondent sous ce rapport.

La forme de la suture peut-elle avoir une influence?

Oui, si l'on en croit les statistiques.

La suture peut être à plusieurs plans, ou *en étages*, ou bien au contraire à un seul plan ou *en masse*. Les deux modes de suture ont leurs partisans : nous le verrons au chapitre suivant.

Que nous disent les statistiques?

Winter, au 6e Congrès de la Société allemande de chirurgie à Vienne, en 1895, 5 et 7 juin, donne :

Suture en masse,	1.000 laparotomies,	300 hernies,	soit	30 %
Suture en étages,	212 —	12 —		6 —

Martin, suites d'ovariotomie (*Volkmann's Sammlung Klinischer Vortræge*, 1897, n° 255).

	350 laparotomies avec suture en masse...			30 %
En 1897	89 —	—	étages ..	8.9 —

Abels (enquête sur 668 malades laparotomisés par Zweifel à la clinique de Leipzig de 1887 à 1894) en a retrouvé et examiné 586. Il trouve :

Suture en masse, hernies..........................	29 %
Suture en étages, —	8.9 —

Par conséquent, on voit que la suture en masse donne beaucoup plus souvent lieu à des éventrations. Nous verrons cependant, à la prophylaxie, que sous quelques réserves elle peut être admise et, bien faite, donner de bons résultats.

Indépendamment de la façon dont est faite la suture, il est des conditions communes aux deux méthodes et qui ont une importance capitale au point de vue des hernies ventrales ; ce sont :

D'abord, les causes qui empêchent la réunion des lèvres de l'incision; les causes qui amènent une réunion secondaire; celles, enfin, qui déchirent la cicatrice ; c'est là la classification admise par La Torre; elle est excellente.

A. — *Causes qui empêchent la réunion des lèvres de l'incision.*

a) La *suture à points séparés* qui, lorsque les points sont trop écartés, ne permet pas un affrontement régulier des tissus. Son influence néfaste est aggravée, dit Henry O. Marcy [1] par le serrement irrégulier des fils, car, alors, certains points peuvent se relâcher, d'autres, au contraire, couper les tissus, d'où comme résul-

[1] Marcy. *J. Am. M. Ass. Chicago*, XXI, p. 329, 1893

tats : un point de la suture affaibli et sans cesse tiraillé dans les contractions musculaires. L'éventration est presque fatale.

b) La *graisse diffluente* agit par un autre mécanisme, mais arrive au même résultat : dans les parois infiltrées de graisse, où il faut inciser à travers un véritable puits de tissu adipeux, il peut se glisser, entre les lèvres de l'incision, de petites masses de graisse qui s'interposent entre les lèvres aponévrotiques et charnues. Elles ne permettent plus aux tissus de même nom de s'affronter et de se souder, d'où appel de hernie ventrale, lorsque, dans le travail de réparation, la fonte de ce tissu aura laissé à leur place un espace mort et vide. Carstein, Noble, Queirel, Pestalozza signalent ce fait et citent des exemples.

c) C'est par cet espace vide qu'agit aussi l'*hématome* de la suture. On a toujours signalé cet accident comme cause d'eventration. Mc Ardle le signale et dit que le remède est d'éviter qu'il reste une cavité apte à recevoir du sang ou de la simple sérosité épanchés, et que l'hémostase doit être absolument rigoureuse. Tournemelle y attache aussi une grande importance.

d) Enfin, une dernière cause de non-réunion, admise et contrôlée par nombre de chirurgiens, consiste dans le pincement dans les lèvres de la plaie, d'une portion de péritoine suturé trop loin de son bord libre, au niveau de la plaie pratiquée à travers ce tissu.

Il se forme là, du côté de l'abdomen, une dépression en cône qui sera l'amorçage pour une hernie future, circonstance aggravée par ce fait que les tissus ne pourront plus s'affronter et que, par conséquent, la plaie cicatrisée restera sans force après la résorption du catgut.

B. — *Causes qui amènent la réunion par seconde intention.*

a) La *suppuration* est, de toutes ces causes, celle dont l'influence est la plus considérable ; c'est elle que l'opérateur cherche à éviter avec le plus de soin. Cette suppuration est primitive et tient à une faute opératoire dans le courant de l'intervention, ou secondaire, l'infection ayant lieu au cours du premier pansement. Encore ces cas sont-ils infiniment moins fréquents qu'on ne le croit trop volontiers ; la réparation des tissus cutanés, après une opération régulièrement et proprement menée, après un affrontement soigné de la peau, s'obtient avec une telle rapidité, au bout de quelques heures, qu'il est souvent difficile pour un observateur désintéressé, et par ce fait impartial, d'accuser le premier pansement d'avoir infecté une plaie aseptique jus-

qu'alors. Pour ne pas entrer ici dans une discussion qui serait hors de place, traitée avec tout le développement qu'elle mérite, nous admettrons la possibilité de ce mode d'infection secondaire de la plaie, en en affirmant toutefois la rareté.

Que la plaie soit immédiatement infectée ou que cette infection ait été secondairement rapide, dans les deux cas, le résultat est le même. La plaie guérit par granulations et se comble ainsi par un tissu incapable de résister à la forte pression abdominale. Johnson, dans son travail déjà cité, rapporte une statistique de 340 cas, ayant donné 39 éventrations, qui toutes étaient consécutives à des suppurations guéries par granulations.

Cette influence est d'autant plus importante — et néfaste malheureusement — qu'on obtient ainsi une plaie très irrégulière, présentant des points forts et des points faibles, les premiers fournis par des points de suture qui ont tenu, les seconds par les cicatrices de granulations. Cette disposition est très favorable à la formation des éventrations qui trouvent dans ces points faibles des prédispositions excellentes à se faire un trajet herniaire. Tod Gilliam [1] et Abels [2] insistent beaucoup sur ce point.

b) L'*hématome* peut amener à son tour le défaut de réunion par première intention, car il forme un foyer très apte à s'infecter, fournissant un excellent milieu de culture sur un point où, comme nous l'avons vu, la coaptation des tissus est faible ou nulle.

c) Une autre conséquence des suppurations est la fréquence des *fistules*, lentes à se combler, transformant les tissus qui les limitent et formant alors un tube plus ou moins régulier en tissu lardacé, sans vitalité.

d) Le *drainage* agit de même ; il laisse une partie de l'incision béante, et cet hiatus ne pourra être comblé que par granulations ; aussi doit-on éviter autant que possible ce drainage — prolongé s'entend — ainsi que les mèches de gaze, qui, agissant comme les drains, sont des causes fréquentes de réunion secondaire et d'éventration. On peut les incriminer avec plus de sévérité encore que les drains (Johnson).

Les chances d'éventration augmentent naturellement, si au lieu d'une simple mèche de gaze, on a recours au tamponnement de Mikulicz.

e) Enfin, c'est par un mécanisme identique qu'agissent les

[1] Tod Gilliam, *M. News*, *loc. cit.*
[2] Abels, *loc. cit.*

pédicules de kystes ovariens fixés dans la plaie, le col de l'utérus dans les hystérectomies par méthode extra-péritonéale, et les fils qui, dans la méthode intra-péritonéale, sont amenés à faire issue à l'extérieur.

Après avoir passé en revue ce qu'il croit être les causes les plus fréquentes des éventrations, Johnson est amené à dire : « On se demande si la fermeture de l'incision n'est pas plus importante que les tissus à travers lesquels elle est faite. »

C. — *Causes qui déchirent la cicatrice.*

Les unes agissent directement sur la cicatrice, les autres indirectement.

Parmi les premières, il faut citer la suture de la ligne blanche seule avec écartement des droits à la suite de l'ouverture intempestive d'une des gaines, l'ablation prématurée des fils qui ne sont plus là pour s'opposer à ce que les quintes de toux et les efforts distendent une cicatrice dont la solidité laisse encore tant à désirer.

Parmi les secondes, il faut citer toutes les causes générales qui ont une influence très importante, bien qu'indirecte. Toutes ces causes ont une action identique : elles fatiguent une cicatrice encore insuffisante pour le travail qu'on lui demande ; on ne tient pas assez compte du rapport à garder entre la résistance de la paroi et la quantité d'efforts qu'on lui demande.

C'est :

1° Le lever trop tôt, signalé par La Torre ;

2° Un travail trop pénible, exigeant trop d'effort, bien qu'Abels prétende que lorsque la cicatrice a dix-huit jours d'existence, la chose est de peu d'importance au point de vue de l'écartement des lèvres de la plaie ;

3° Des grossesses contemporaines de l'opération, ou survenant peu après ; Johnson [1] cependant cite quatre cas de femmes accouchées sans hernie ventrale après appendectomie : deux avaient été opérées pendant leur grossesse ; on avait eu soin de faire une courte incision et de respecter les nerfs moteurs.

Mangiagalli cite deux cas suivis d'éventration. Sperling, de la clinique de Dresde, un exemple, et, Hadlich une femme devenue grosse après une ovariotomie unilatérale, et ayant eu de ce fait une énorme éventration.

4° Enfin, Kaltenbach donne comme cause les dépôts de graisse

[1] Johnson, *J. Am. Ass.*, XXXI, 1898, p. 412.

qui, dit-il, exerce sur la cicatrice de continuels tiraillements et finalement l'amincit et la déchire.

Telles sont les causes des éventrations. Comme nous l'avons dit dans notre introduction, nous avons laissé de côté les éventrations aiguës de Chavannaz, éventrations caractérisées par l'éclatement total de la cicatrice; c'est là un accident de faiblesse de la suture, qui ne reconnaît comme pathogénie qu'une disproportion trop considérable survenant subitement à la suite d'un effort, ou de toute autre cause, entre la suture récente et souvent insuffisamment renforcée, et la pression intra-abdominale tout d'un coup augmentée.

PROPHYLAXIE

De l'exposé des causes découle la prophylaxie des éventrations. Les règles qui doivent présider : à l'intervention dans les cas de traumatisme, et à la réparation dans les cas de laparotomie, sont toutes corollaires de l'importance de l'intégrité musculaire pour avoir une bonne paroi solide et résistante.

Nous étudierons brièvement les moyens à employer pour parer aux hernies spontanées; nous insisterons davantage sur la prophylaxie des hernies traumatiques accidentelles, et plus encore sur les moyens de parer aux éventrations dans les sutures des laparotomies.

En 1893, Marcy [1] écrit : « Les laparotomies deviennent si fréquentes qu'il devient nécessaire d'apporter une technique spéciale pour parer aux hernies d'éventrations consécutives. »

Depuis, les travaux sur la matière se sont multipliés. Déjà, en 1891, Hanks [2] s'occupait de la question, et publiait un article intitulé : « Rules to be followed in the effort to prevent mural abcesses abdominal sinuses and ventral hernia after laparotomy. »

§ 1er. — Prophylaxie des éventrations spontanées.

La prophylaxie des hernies ventrales spontanées est plus difficile à indiquer d'une façon précise; on en sait la cause et le mécanisme, mais les moyens d'action nous échappent en partie.

Dans l'obésité, l'éventration se fait peu à peu, lentement préparée par l'infiltration du tissu adipeux qui mine sourdement la paroi.

[1] O. Marcy. *J. Am. M. ass. Chicago*, 1893, XXI p. 329.
[2] Hanks. *Med. dress. circ.*, 1892.

La marche de l'affection est difficile à arrêter: la chirurgie est impuissante; la médecine, presque désarmée. C'est le traitement général qui dans ce cas aura la plus large part.

Cependant, du côté de l'abdomen on pourra jusqu'à un certain point alléger le travail de la paroi par le port d'une ceinture appropriée.

Cependant, celle-ci n'est pas toujours bonne et peut hâter quelquefois l'atrophie du muscle.

Même impuissance, ou à peu près, en face des cachexies, de l'atrophie musculaire progressive, où on aura plus d'action dans la prohibition des causes d'affaiblissement général de l'organisme.

Parmi celles-ci, le Dr Andrew F. Currier, cité par le Dr Johnson [1], mentionne la vitalité moindre des muscles affaiblis par la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme chronique, la dégénérescence graisseuse à l'époque de la ménopause.

Dans tous ces états, la médecine peut avoir une réelle influence par les traitements appropriés.

Dans son étude sur les hernies ventrales à la suite des *grossesses*, Doléris indique le moyen à employer pour éviter les hernies consécutives dans les cas les plus fréquents; nous le citerons presque en entier.

« Il est nécessaire avant tout d'user de traitements prophylactiques dans la période immédiate des suites de couches. Les moyens prophylactiques doivent même être employés dans la grossesse. Ce sont : la suppression du corset dès les premiers mois, avec correction des tendances à l'antéversion utérine par une ceinture appropriée; hydrothérapie et repos.

Nous l'avons vu au chapitre de l'*Etiologie*, l'éventration post-partum jusqu'à un certain degré est momentanément la règle; il faut alors aider au rapprochement des muscles, à leur involution, et c'est là un traitement qui, bien que prophylactique encore, peut devenir dans certain cas curatif.

Le degré de la lésion, l'état du système musculaire, tels sont les deux facteurs qui interviennent et guident dans l'application du procédé thérapeutique.

D'une façon générale, le traitement chirurgical sera réservé comme traitement curatif des éventrations constituées sans aucun espoir de guérison par un autre moyen.

[1] Johnson, *Med. News*, 1900, p. 319.

En premier lieu, dit Doléris, dès qu'à une époque assez rapprochée une éventration est constatée, il est absolument nécessaire de faire reprendre le repos absolu à la malade. Le décubitus horizontal me paraît présenter plusieurs avantages. Il agit localement en empêchant une éventration moyenne de devenir plus considérable; il peut avoir une heureuse influence sur l'état général. Si votre sujet est une chlorotique par exemple, elle bénéficiera de ce repos absolu qui permettra au sang de se reformer de lui-même.

En permettant *au système musculaire* de réparer les lésions contractées pendant la grossesse, il évitera les prolapsus, les ptoses rénales et gastriques.

Les toniques aideront efficacement le repos en agissant sur l'état général; le fer, le quinquina, la kola sont les meilleurs.

L'hydrothérapie est aussi indiquée; la douche froide en particulier. Elle réveille l'atonie du muscle, agit en outre sur l'état nerveux ou névropathique si fréquent. On aura recours à la douche en jet d'une durée maxima d'une demi-minute.

Les moyens mécaniques seront aussi de précieux adjuvants :

Contention modérée du ventre par une large ceinture, une contention trop serrée pouvant aggraver la ptose génitale.

Le corset sera interdit.

Enfin, une gymnastique appropriée permettra aux muscles droits et obliques de récupérer assez de puissance pour amener une guérison parfaite. Voici comment il faut opérer :

La flexion du corps sur les cuisses étendues, de façon à obtenir un angle à peu près droit, sera faite plusieurs fois, en des séances courtes, mais répétées; les membres supérieurs seront, pendant ce temps, maintenus en extension.

Ainsi peu à peu la musculature abdominale et pelvienne retrouvera son ancienne vigueur et l'éventration pourra être évitée. »

Comme on le voit par cette longue citation, tous les traitements prophylactiques agissent sur la musculature de l'abdomen. Il y a éventration parce qu'il y a insuffisance musculaire. Peut-on rendre au muscle sa tonicité perdue, tout rentre dans l'ordre.

Son importance est encore mise en lumière par les bienfaits que l'on retire du traitement électrique : « faradisation et galvanisation alternatives »; leurs effets excitants et trophiques aident puissamment les différents procédés décrits ci-dessus.

Le massage, au contraire, n'a donné à cet auteur que des

[1] Doléris, p. 488 et suiv. *Gynécologie*, 1897, et Lenoble.

résultats nuls, peut-être, comme il le fait remarquer, parce qu'il n'est pas possible, à cause de l'état douloureux du ventre, de l'employer dès les premiers jours.

Le traitement prophylactique des tumeurs ou des éventrations consécutives aux larges distensions par ascite doit être basé sur les mêmes principes. Le port d'une ceinture médiocrement serrée sera très souvent, avec le traitement général, le seul palliatif, d'ailleurs bien faible, qu'il faudra opposer à l'éventration menaçante.

§ 2. — Prophylaxie des éventrations traumatiques.

Ne nous occupant des plaies de l'abdomen qu'au point de vue spécial des éventrations consécutives, nous laisserons de côté les interventions variées qui peuvent être nécessitées par les accidents contemporains de la plaie. Nous ne nous occuperons que de celle-ci. Pour ce qui est de ces accidents, on trouvera dans la *Chirurgie d'urgence* de Lejars l'exposé clair et précis des différents cas qui se peuvent présenter, et la technique des opérations nécessaires.

Nous avons vu, au chapitre de l'étiologie, que les éventrations consécutives aux traumatismes survenaient sans plaie ou avec plaie.

Quand l'éventration survient sans plaie, on ne peut guère que prévoir les suites possibles, sans aucune espèce de probabilité, car il est rare que sous le doigt on rencontre un hiatus appréciable qui fasse faire le diagnostic de rupture musculaire.

Il est des cas cependant où le traumatisme a été tel qu'il y a lieu de penser à des désastres internes. Dans ces cas, on profitera de la laparotomie exploratrice qui sera faite pour inspecter soigneusement la paroi et parer au danger.

Dans le premier cas, on se contentera de faire porter au malade une ceinture de flanelle assez serrée pour soutenir la paroi et permettre à la cicatrisation de se faire, si quelques fibres musculaires seules ont été rompues.

Il pourra être nécessaire de faire quelques séances de massage destinées à réveiller la tonicité du muscle, ou même quelques applications d'électricité, comme il a été indiqué précédemment pour la prophylaxie des éventrations, suites de couches.

Dans le second cas, si la rupture a été assez considérable, on est presque toujours amené à faire l'incision dans les parages du

point où a porté le traumatisme. Il faut alors faire la suture du muscle et des différents plans en étage.

Inutile de dire que, dans tous les cas, l'asepsie, ou au moins l'antisepsie parfaite, est de règle absolue.

S'il y a plaie, l'intervention est différente selon que la plaie est étroite ou large : plaie par coup de couteau, par exemple, ou éventration énorme par coup de corne de bœuf.

Dans les deux cas, avant d'avoir pris toutes les précautions pour rendre leurs mains aseptiques, le chirurgien et, à plus forte raison, les personnes de l'entourage doivent s'abstenir absolument de toucher la plaie (Lejars). En effet, au point de vue de l'avenir de la suture, toute autre considération mise à part, il faut faire tous ses efforts pour obtenir une réunion par première intention.

Nous avons vu que, dans les coups de couteau, les plaies les plus petites, intéressant les muscles, étaient presque toujours suivies d'éventration. La simple suture de la peau, ou la vague suture de tous les plans faite rapidement et sans méthode, ne mettent pas à l'abri de cet accident.

Par conséquent, devant une plaie petite intéressant le muscle, il faut faire une suture méthodique, et, pour cela, se donner du jour, débrider la plaie en suivant autant que possible la direction des fibres musculaires. Ce débridement aura un double avantage : d'abord, il permettra de voir clair dans le ventre et servira de laparotomie exploratrice ; ensuite, il permettra seul de faire une bonne suture en étage, mettant seule à l'abri des éventrations futures.

Pour cela, le péritoine sera suturé par un surjet de catgut fin : le plan aponévrotique, selon les cas, par un ou deux plans de sutures continues. La peau sera réunie sur le tout.

Si la plaie était considérable, il y aurait beaucoup de chances pour que les bords en soient souillés ou déchiquetés. Il y a deux choses à faire dès l'abord : 1° inspecter la plaie, dégager les viscères herniés qui peuvent s'étrangler, et les nettoyer avant de les réduire ; 2° enfin, ce qui nous intéresse ici, nettoyer, égaliser et aviver les lèvres de la plaie.

Ceci fait, il faut réunir la paroi. Ici, la direction de la plaie n'a pas été choisie. Elle peut être dans le sens des fibres musculaires; elle peut, au contraire, les couper plus ou moins perpendiculairement. Il faut donc apporter un soin très minutieux dans la suture.

La suture du péritoine opérée, on s'occupera de la suture mus-

culaire. Ce qu'il faut chercher, c'est à rétablir l'arrangement primitif des plans musculaires. Si les fibres sont peu écartées, peu lésées, un surjet peut suffire; sinon, des points en U rapprocheront mieux les lèvres de la plaie.

C'est à eux encore que l'on aura recours si les fibres sont coupées en travers. Prenant plus de muscle, allant le chercher plus loin, on a plus de chances de rapprocher les lambeaux sans déchirure.

Les aponévroses seront elles-mêmes suturées; et, dans ces cas, on aura recours à l'artifice opératoire conseillé par Isabanejew et que l'on trouvera indiqué au chapitre du traitement, artifice qui permet de ne pas superposer les sutures des différents plans.

La peau sera réunie par dessus et bien affrontée. Les suites seront les mêmes que pour les sutures de laparotomies opératoires.

§ 3. — Prophylaxie des éventrations post-opératoires.

Faire la prophylaxie des éventrations post-opératoires, c'est rechercher quelle est la meilleure manière de suturer les brèches ouvertes par le bistouri dans un but de guérison.

Or, sur ce point, l'accord est loin d'être fait, les diverses méthodes apportant des arguments favorables à leur adoption et défavorables aux techniques rivales. Cependant, il est aujourd'hui des points acquis que nous mettrons en lumière.

Avant que l'antisepsie et l'anesthésie ne se soient généralisées, les opérations sur l'abdomen étaient peu nombreuses et le plus possible évitées. Aussi, s'occupait-on assez peu des modes de suture, et les travaux sur la matière sont peu nombreux à cette époque.

Mais, à mesure que l'on devient plus hardi, les communications se multiplient; les hernies ventrales consécutives appellent l'attention sur les détails de technique, et l'on cherche le moyen de les éviter.

Le péritoine est longtemps regardé comme intangible; on ne peut, d'une part, oublier sa sensibilité à l'infection, et d'autre part, certains auteurs étayent sur lui une pathogénie des éventrations. Gilliam, en 1892, reconnaît encore que tout ce qui vient dépolir le péritoine empêche le glissement et favorise la hernie.

Cependant, Kœberlé et Olshausen rejettent sa suture comme

inutile et dangereuse; si le péritoine est piqué, disent-ils, on s'expose à amener dans la cavité de l'abdomen du sang et du pus. M. Clay trouve que la mortalité dans ce cas est augmentée.

Spencer Wells réagit cependant contre cette manière de voir. Pour lui, la suture du péritoine est non seulement utile, mais encore importante : « Il faut, dit-il, faire une suture profonde du péritoine ».

Malheureusement, il ne se préoccupe pas assez des plans fibreux. et laisse s'écarter les plans aponévrotiques; en tout cas, il évite de toucher au muscle.

Kœberlé, au contraire, regarde la suture péritonéale comme inutile, mais semble être le premier à reconnaître l'importance de la suture du plan musculo-aponévrotique.

A l'heure actuelle, deux choses sont admises par tous les chirurgiens :

1° La nécessité d'obtenir une parfaite coaptation de tous les plans différents de la paroi.

2° L'importance de la conservation du muscle ou de son rétablissement.

Où les opinions diffèrent, c'est lorsqu'il s'agit de réaliser ces deux desiderata.

Deux écoles sont en présence : les partisans de la suture en masse, ceux de la suture en étage.

La suture en masse a, en France, des partisans résolus, et en particulier, Ricard, Routier, Pierre Delbet.

Dupont, dans sa *Thèse* inaugurale de 1893, étudie les reproches faits à la suture en masse et expose les expériences entreprises par Pierre Delbet. Voici, résumées, les conclusions auxquelles il arrive :

On ne trouve pas d'espace mort;

L'affrontement des différents plans est parfait;

La gaine des droits, dans les laparotomies médianes, est presque toujours ouverte, et l'aponévrose a de grandes tendances à s'écarter.

Les expériences donnent lieu, de la part de leur auteur, à différentes remarques, très utiles à connaître.

C'est ainsi que de l'expérience, il résulte que la suture doit être faite avec soin; l'aiguille enfoncée brusquement dans la paroi maigre à 12 millimètres. P. Delbet fait remarquer, chose d'une importance capitale, que l'on ne prend l'aponévrose du droit qu'autant qu'on va la chercher.

On doit donc veiller à tout charger sur l'aiguille. On a alors la

peau, le plan musculo-aponévrotique, le péritoine dans leurs rapports respectifs. On ressort du côté opposé en sens inverse : on n'a ainsi ni espace vide ni anfractuosité.

Dans les expériences 2 et 3, les sujets étaient plus gras, les parois plus épaisses. Il faut éviter le recroquevillement des lèvres de l'aponévrose des droits. Là encore, on n'a pas trouvé d'espace mort.

De ces expériences, P. Delbet et Dupont concluent que la suture en un seul plan est aussi efficace que la suture en étage, et qu'elle a pour elle d'être plus rapidement faite; ce qui doit la faire préférer.

Les résultats obtenus par Delbet sont bons, et cependant nous avons vu à l'étiologie que les statistiques étaient en faveur de la suture en étage.

Cela tient à ce que Delbet a grand soin d'insister sur ce fait que le plan musculo-aponévrotique doit être chargé sur l'aiguille avec beaucoup d'attention. En agissant de la sorte, en effet, les muscles écartés sont rapprochés par le fil d'argent, car il commence la pénétration de l'aiguille loin de la ligne médiane (à 12 millimètres).

La suture en étage doit surtout être opposée à ceux qui suturent en masse et prennent bien les aponévroses, mais négligent le muscle.

Lucas-Championnière, Pozzi, Terrier, Richelot, Lejars ne pratiquent que cette suture. Elle seule assure par le fait même de son mode opératoire, la parfaite coaptation des différents plans entre eux. Les cicatrices sont belles, les éventrations rares.

Dans les laparotomies médianes, l'incision étant faite sur la ligne blanche ouvre presque toujours la gaine d'un des droits; nous avons déjà signalé la rétraction du muscle qui se produit alors.

Pour refermer, on commencera par suturer le péritoine avec un catgut fin. La suture en surjet est la meilleure; elle affronte mieux les lèvres du péritoine et empêche son interposition dans les lèvres musculo-aponévrotiques de l'incision. La suture du plan musculo-aponévrotique doit être faite avec soin; les muscles droits seront rapprochés et suturés sur la ligne médiane.

Pryor, en 1891, écrit : Les éventrations ne sont excusables que lorsqu'il y a eu un pédicule externe.

Dans tous les autres cas, il faut, pour les éviter :

1° Que la peau et la graisse soient sectionnées; les points saignants, pincés; les fascias et les gaines musculaires, ouverts avec

soin. Il faut, de plus, éviter de se servir pour point de repère des pinces à forcipressure qui peuvent compromettre la vitalité des tissus.

2° Que l'on suture le péritoine par des points interrompus. Une suture de soie sera passée à travers le fascia et les muscles, et les fils seront coupés courts.

Les surjets nous semblent préférables ; ils affrontent mieux et sont plus rapidement faits.

Il y aura parfois avantage à faire la suture du plan musculo-aponévrotique en trois plans superposés :

Un plan profond, réunissant l'aponévrose postérieure du droit de chaque côté.

Puis, après libération du droit en avant et en arrière, le rapprochement des deux muscles sur la ligne médiane par un surjet de catgut. La libération doit être faite avec soin, surtout aux points correspondant aux intersections fibreuses.

Enfin, l'aponévrose antérieure des deux côtés sera suturée de même sur la ligne médiane.

Quand le tissu graisseux est très considérable, O. Marcy conseille de mettre les deux lèvres en opposition par deux lignes de sutures passées par une aiguille introduite profondément à travers les tissus sains, à droite et à gauche.

La suture de la peau sera faite ensuite au crin de Florence.

O. Marcy donne sa propre statistique de trois cents laparotomies pratiquées ainsi par étage, avec quelques variantes. Il obtint deux éventrations seulement, et elles ont leur excuse. Dans l'une, l'incision fut très longue, la paroi étant excessivement amaigrie : il s'agissait de l'ablation d'un énorme myome utérin. Dans l'autre, il y avait eu lâchage de points de suture.

Si la suture en étage est préférable pour la laparotomie médiane, elle l'est davantage encore pour les laparotomies latérales dont l'opération d'appendicite est le type.

Johnson [1] indique sa technique. Il emploie :

Une incision courte de 1 à 1 pouce et demi de longueur, pratiquée en dehors et parallèlement au grand Droit, dans le tissu fibreux de la ligne semi-lunaire. A cet endroit, dit-il, un passage facile et sans hémorragie peut conduire jusqu'à la cavité.

L'incision est fermée par trois plans :

1° Aponévrose superficielle ;

2° Aponévrose profonde et péritoine, avec catgut fin ;

[1] Johnson, 1893, *J. Am. M. Ass. Chicago*, XXXI, p. 402.

3° La peau, réunie avec du catgut n° 0.

Il ajoute : cette méthode fournit une cicatrice incapable de donner passage à une hernie.

La technique peut différer sur certains détails, mais le principe reste le même : suture par étages.

Du reste, il ne faut pas oublier à ce propos qu'une suture à un seul plan est très difficile à pratiquer, car les différents plans sont sectionnés obliquement; et il est presque impossible, par la suture en masse, de réunir les différents tissus avec un affrontement parfait; la suture en masse peut bien, à l'œil, sembler parfaite, mais n'être en réalité, dans la profondeur, qu'une suture vague et quelconque.

Il y a alors des tiraillements, des espaces morts créés par la rétraction des tissus, des hémorragies; et les éventrations sont plus fréquentes.

Si, d'un autre côté, les plaies sont irrégulièrement déchiquetées, les mauvais résultats de la suture en masse sont encore plus sensibles.

En résumé, la suture en étage doit être préférée. C'est la conclusion de La Torre au Congrès de Genève; on doit surtout la préférer dans les éventrations latérales; elle seule permet de rétablir exactement les plans anatomiques : or, plus on se rapproche de la normale, plus on a de chances d'éviter les éventrations : plus on s'en éloigne, plus les chances d'accidents augmentent.

Dans les laparotomies médianes, la suture en masse telle que la pratique Pierre Delbet peut être employée, car les précautions qu'il prend et recommande d'observer permettent d'arriver au même but que la suture en étages : c'est-à-dire au rapprochement et à la conservation de l'élément musculaire contractile.

Certaines pratiques post-opératoires enfin permettront de mener à bien l'opéré jusqu'à guérison complète : l'état général du malade sera l'objet de soins constants, les efforts inutiles ou trop considérables seront évités, et une ceinture modérément serrée, s'adaptant bien, sera portée pendant six mois au moins. Ces détails qui semblent secondaires ont au contraire dans la pratique une grande importance.

TRAITEMENT

Une règle absolue qui n'est que la conséquence de tout ce qui précède doit présider au traitement des éventrations.

Il est de toute nécessité que les différents plans reconstitués

artificiellement par le chirurgien se rapprochent le plus possible de l'anatomie normale.

Nous étudierons d'abord l'opération type, celle que le chirurgien est appelé à faire le plus souvent.

C'est la cure de l'éventration médiane type d'un volume moyen, s'étant développée sur la ligne blanche, ayant refoulé les droits de chaque côté.

Dans ces cas, on trouve une disposition particulière des droits signalée par Hammerfahr. Cet auteur fait remarquer que, par l'action de la pression abdominale, les grands droits s'écartent l'un de l'autre comme les côtés d'une porte à deux battants, leurs bords internes devenant antérieurs.

La notion de cette disposition servira de règle à l'intervention sur ces muscles.

Avant de commencer une opération de cure radicale d'éventration, il faut se rappeler que l'on peut trouver des adhérences, un sac qui, uni aux plans cutanés, laissera le bistouri arriver immédiatement sur l'intestin.

Nous supposerons d'abord qu'il n'y a pas d'adhérences. Les téguments, surtout si la tumeur est assez petite, seront incisés franchement sur une ligne verticale passant sur la tumeur même.

Quelques pinces seront jetées sur les artérioles qui pourraient saigner, mais qui ordinairement sont peu nombreuses.

Si la tumeur est volumineuse et recouverte d'un peu de peau amincie et sans vitalité, on commence à faire une incision courbe à concavité regardant la cicatrice, d'un côté se prolongeant en haut, à 2 centimètres ou 1 centimètre et demi de la cicatrice primitive; les deux cornes supérieure et inférieure de cette incision se rejoindront par une deuxième incision symétrique; l'îlot de tégument ainsi divisé sera enlevé avec précaution.

Ceci fait, on refoulera l'intestin ou l'épiploon qui pourrait se présenter et on fera l'incision du sac.

Si l'on trouve des organes adhérents, la technique est plus compliquée.

On peut trouver adhérents:

L'épiploon (observation I, II);

Le côlon (observation I);

L'intestin grêle (observation IV).

Dans ces cas, après avoir fait une incision courbe comme il a été dit, on relève du côté de la cicatrice le lambeau formé; la conduite est alors différente selon les adhérences que l'on trouve.

L'épiploon faiblement adhérent, facilement décollable, sera libéré soit avec le doigt, soit avec la sonde cannelée.

Les adhérences fortes et serrées seront sectionnées aux ciseaux courbes; on aura soin de raser la paroi.

L'hémostase doit être soignée; il ne faut pas réintégrer dans la cavité abdominale un moignon qui saigne.

Si, comme cela arrive quelquefois (observation I), on trouve une masse d'épiploïte chronique, on la liera avec un gros catgut, on sectionnera et on refoulera le moignon ainsi lié dans le ventre.

Plus de soins encore doivent être apportés dans la destruction des adhérences qui peuvent unir l'intestin grêle ou le côlon à la paroi.

Les adhérences sont-elles molles et glutineuses? Là encore, l'ongle peut suffire, mais il faut que ce temps de l'opération soit fait avec douceur sous le contrôle de l'œil.

Les adhérences sont-elles fermes et bien organisées? Il faut se servir des ciseaux courbes et raser la peau aussi près que possible.

Avant de réduire la portion d'intestin libérée, il faut l'examiner avec soin, veiller à ce qu'il ne reste pas de portions cruentées, trop favorables à de nouvelles adhérences, ou une portion lésée par les ciseaux et présentant une partie des tuniques de l'intestin lésée.

Dans ce cas, il faut suivre la pratique excellente conseillée dans la *Chirurgie d'urgence* de Lejars : la page doit être citée en entier.

« L'intestin adhérent est de libération complexe, en général, et « sa constante friabilité doit imposer les plus minutieuses pré- « cautions.

« Le doigt suffit à détruire les adhérences molles et gluti- « neuses, sous la réserve qu'il n'agisse qu'à petits coups, l'ongle « tourné vers le sac, et qu'aucune traction forte ne soit exercée « sur l'anse.

« Dans d'autres cas, la fusion est ancienne et intime, et la paroi « intestinale est réunie à la paroi sacculaire par une nappe « fibreuse serrée, ou même, à proprement parler, fait corps avec « elle; on devra recourir à une dissection véritable au bistouri « ou aux ciseaux courbes, en tournant toujours le tranchant du « côté du sac, en « mordant » sur lui, au besoin.

« C'est là une besogne longue et délicate, mais d'importance « capitale, et que vous mènerez à bien avec de la patience et de la « méthode ; commencez donc à la partie moyenne de l'anse et

« remontez pas à pas sur les deux bouts intestinaux, jusqu'au « collet, jusqu'à ce que toute la masse se laisse attirer et sou- « lever. Vous n'avez pas terminé encore : il reste d'ordinaire à « la surface de l'anse décortiquée des pseudo-membranes, des « plaques fibreuses, des brides qui la coudent et la déforment : « incisez ces brides et ces membranes, une à une, lentement, « avec la pince et les ciseaux courbes, détergez, « parez » l'anse « à réduire, déroulez-la, ne la laissez pas infléchie en canon de « fusil, et toute prête à faire de l'occlusion.

« Les difficultés sont souvent très grandes, il faut l'avouer, et « quelques accidents peuvent survenir qui les accroissent « encore.

« C'est d'abord l'hémorragie, non pas tant l'hémorragie en jet, « toute locale, qui résulte de la rupture ou de la section d'un « tractus fibreux vasculaire, mais le suintement en nappe très « abondant qu'on voit sourdre parfois de toute la surface intesti- « nale décortiquée, cruentée, et qu'on ne sait tout d'abord com- « ment arrêter.

« Une compression de quelques instants, avec une compresse « aseptique, l'atténue, en général, notablement, et l'on aperçoit « plus nettement les points principaux qui donnent du sang : une « fine ligature, si la pince de Kocher arrive à saisir les petits « vaisseaux, un ou deux points à la Lambert, peut-être la pointe « fine du thermocautère, très légèrement appliquée, permettent « d'assécher une partie de la surface saignante : une nouvelle « compression fait le reste, et le léger suintement qui persiste ne « doit pas empêcher de réduire, car il cessera d'ordinaire une « fois que l'anse aura repris sa place, « la liberté de ses mouve- « ments », et sa circulation régulière.

« Autre chose sont les entamures de la paroi intestinale, les « déchirures plus ou moins étendues ; elles seront toujours exac- « tement réunies, et tout de suite, avant que l'on ne poursuive la « besogne de décortication. »

L'intestin ou l'épiploon libéré et réduit, une incision symétrique et réunissant, comme il a été dit, les deux lèvres de l'incision primitive, complétera la bande de tissu qui sera enlevée définitivement.

C'est maintenant que commence la véritable cure de l'éventration, l'opération qui a pour but de guérir l'éventration et d'en éviter le retour.

Le péritoine doublé du fascia transversalis sera suturé lèvre gauche et lèvre droite, avec du catgut fin et une aiguille fine ;

il faut passer le fil non loin des bords et serrer doucement pour ne pas déchirer (Lejars).

Les muscles droits, avons-nous vu, sont loin, écartés : il les faut rapprocher.

Pour cela, leur gaine sera ouverte à droite et à gauche le long de son bord interne avec la sonde cannelée : le muscle sera libéré avec soin au-dessus et au-dessous. Un premier surjet au catgut réunira les aponévroses profondes. Le rapprochement des droits se fera par des points en U; deux ou trois selon la longueur de l'incision.

Ces points intéresseront une grande partie du muscle, de façon que leur réunion sur la ligne médiane ramène le muscle, de sa position vicieuse plus ou moins antéro-postérieure, en position normale frontale; les points seront liés.

Un surjet musculaire réunira alors les deux bords internes des muscles libérés, de façon à faire devant le surjet péritonéo-fibreux une lame musculaire continue.

Si, par suite de l'affaiblissement des fibres musculaires, quelques points lâchaient ou déchiraient, il faudrait qu'un petit surjet partiel vînt renforcer le premier surjet, insuffisant.

Par dessus, un dernier surjet réunira les aponévroses antérieures des gaines en une lame fibreuse, continue elle aussi.

Enfin, la peau sera suturée par des points séparés au crin de Florence et les bords sans festons seront bien accolés.

Tel sera dans ces cas le traitement de choix. C'est celui que suit Lejars dans ces cures d'éventration. Voyons les résultats obtenus.

Observation I

Mlle B. B... 22 ans, opérée trois ans auparavant par M. C..., pour salpingite par la voie abdominale, entre le 14 avril 1902 et est opérée le 22 du même mois, pour éventration consécutive.

Opération: Laparotomie; dans la cicatrice, on trouve l'épiploon adhérent. Excision d'une masse d'épiploïte chronique : le côlon transverse et son mésocôlon est adhérent par son bord supérieur, décollement.

L'intestin est éraillé sur une longueur de 4 centimètres au niveau du point adhérent; péritonisation, avec une aiguille fine, des points lésés.

Réfection de la paroi en trois plans. Réunion de la peau.

La malade a été revue deux mois après, et la cicatrice était bonne, sans tendance à présenter à la toux de propulsion de l'intestin, la malade ne souffre pas et a repris ses occupations.

Observation II

Mme R..., 36 ans, entre le 10 février 1900 à l'hôpital Tenon, pour hernie ombilicale et éventration, suites de laparotomie médiane, opérée le 20 février 1900.

Opération : Incision semi-lunaire verticale de chaque côté de la tumeur.

Ouverture du sac.

Les adhérences épiploïques que l'on trouve sont disséquées aux ciseaux courbes jusqu'à réduction complète comme dans l'observation précédente.

Dissection des droits sur leur face antérieure et postérieure.

Suture en trois plans.

Réunion de la peau.

Résultat. La malade, revue il y a un mois, soit vingt-huit mois après l'opération, ne présente plus de propulsion à la toux ni de déformation herniaire dans la station debout. Elle se livre sans fatigue à ses travaux usuels.

Observation III

Mme L. B..., 42 ans, sans profession, entre à Tenon, le 15 décembre 1900, pour une éventration cicatricielle consécutive à une laparotomie pratiquée par M. La..., pour annexite double.

Opération : le 20 décembre 1900.

Incision verticale sous-ombilicale dans la cicatrice et ouverture du ventre.

On constate que l'utérus est tout petit; des deux côtés, il n'y a plus trace d'annexes ni d'adhérences.

Le grand épiploon est étalé à la surface des viscères qu'il cache, mais n'adhère pas non plus au niveau du bassin.

Dissection du péritoine des bords des grands droits et de l'aponévrose antérieure de leurs gaines.

Réunion en trois plans.

La malade a été revue en juin 1902 : il n'y a plus trace d'éventration, la sangle musculaire se contracte et est très suffisante. Aucune propulsion, même dans les efforts, mais la malade persiste à porter une ceinture « dans la crainte d'avoir un nouvel accident ».

Observation IV

Mme B. C... 38 ans, fut opérée une première fois le 5 avril 1900 par M. L. B..., d'un abcès de la fosse iliaque droite par la voie vaginale et réopérée par le même chirurgien en juin 1900 par la voie abdominale ; on lui enlève, dans cette seconde opération, l'utérus et les annexes.

La suture est faite en un plan avec fils d'argent.

Quinze mois après apparition d'une éventration médiane siégeant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse.

La malade, examinée couchée, se présente avec une paroi extrêmement dépressible et lâche. On sent une dépression large de 2 bons travers de doigt siégeant entre les 2 droits; au moindre effort les intestins font hernie, mais sont facilement réductibles.



Debout, la paroi se laisse distendre : la hernie qui se forme surplombe la symphyse pubienne et la cache en partie.

Entrée pour ce fait à l'hôpital Tenon, elle est opérée par Lejars le 16 janvier 1902.

Voici quelle fut l'opération.

Incision semi-lunaire verticale de chaque côté de la cicatrice.

Ouverture du sac en excisant la bande de peau et de péritoine correspondant.

Sur chaque bord de l'hiatus abdominal, qui a à peu près 20 centimètres de long, l'intestin grêle et l'épiploon sont soudés par des adhérences très courtes que l'on dissèque d'abord aux ciseaux courbes jusqu'à réduction complète sur tout le pourtour.

Dissection des deux droits sur leurs faces antérieure et postérieure.

Premier surjet profond sur le péritoine et la couche fibreuse adjacente.

Au-dessous de l'ombilic, le plan profond s'éraille sous les fils et l'on en complète la fermeture par un second surjet partiel.

Réunion des droits par leurs bords internes : un point placé sur les bords externes et cherchant à les renverser, coupe en partie.

Dans le 1/4 supérieur, 2 gros points en U transversaux appliquent en masse muscles et aponévroses.

Surjet aponévrotique que l'on renforce à la partie moyenne et en bas.

Excision de la peau et de la graisse : Réunion.

Résultat. — La malade, revue six mois après, se porte très bien et a repris son travail pénible (mécanicienne dans une fabrique de chaussures).

Jusqu'à ce jour elle a porté une ceinture. La cicatrice est petite et bonne.

Couchée, elle ne présente plus une paroi flasque et flottante. Debout, plus trace d'éventration, pas de propulsion à la toux : dans les efforts on sent la contraction des droits se faire sous la main. Le résultat est donc excellent.

Différents modes opératoires ont été proposés par divers auteurs. Nous allons rapidement les passer en revue. Nous verrons d'ailleurs que, si la technique change, le principe reste le même : se servir du muscle pour parer à la récidive, d'où il est facile de conclure à l'importance capitale de ce tissu contractile et puissant.

Mc Ardle, de Dublin, donne la technique suivante :

1° Incision de la peau suivant une courbe à concavité interne, comme ci-dessus; isolement du sac de la peau et de tous les tissus environnants. Pour cela, avec des ciseaux courbes, libérer le sac jusqu'au collet.

2° Ouvrir le sac afin de voir si ni intestin, ni épiploon après refoulement au doigt, ne sont restés par suite d'adhérences.

3° Passer un catgut avec une aiguille de telle sorte que lorsqu'on resserrera le fil, les bords libres du sac se plissent, comme le fait l'ouverture d'une bourse lorsque l'on serre le cordon qui la clôt.

4° Passer des points séparés qui, assez rapprochés, embrassent les tissus fibreux et qui, liés sur la ligne médiane, forment un plan de suture. Suture du plan profond musculo-aponévrotique et suture de la peau.

C'est là un procédé qui est un acheminement vers la suture en étage. On y arrive tout à fait avec Sérullaz [1] qui marque un proprogrès sensible.

Cet auteur, dans sa thèse inaugurale, rejette, avec le professeur Berger, le procédé de Simon, décrit par Hadlich, qui, d'après lui, doit être abandonné et n'est qu'un dérivé du procédé de suture sous-cutanée de Wood dans les hernies ombilicales.

Pour lui, l'incision doit être elliptique, la libération des organes adhérents, faite avec soin ; et il s'étend sur la nécessité de ne réduire qu'un intestin sain ou aux érosions duquel il a été paré par quelques points à la Lambert. Il cite un opéré de Condamin qui, revu trois mois après et opéré par cette méthode avec fermeture de la plaie en étage, se porte bien et n'a plus de hernie.

G. H. Noble [2], en 1896, présente un nouveau lambeau :

Cet auteur, après avoir rouvert sur la cicatrice, ouvre le sac, réduit le contenu et suture le péritoine.

Alors il taille aux dépens de l'*aponévrose externe* des droits, deux lambeaux semi-lunaires à convexité externe : il les rabat comme deux volets et les suture.

Il a soin d'opérer le rapprochement des droits par des catguts passant autour des muscles et noués sur la ligne médiane.

Il a opéré ainsi une grosse hernie épiploïque dont l'orifice de sortie s'étendait depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. Les résultats furent favorables.

La technique de Bessel-Hagen présente quelque analogie avec cette méthode, mais les lambeaux sont pris aux dépens du muscle.

[1] Sérullaz. *Thèse* de Lyon, 1895. Contribution à la cure radicale d'éventrations post-opératoires, avec adhérence d'intestin.

[2] Noble, G. H. *American med. surg. Bull.*, 1896. A remarke case of ventral hernia.

Il fait une incision verticale, ouvre le sac, libère les muscles adhérents et réunit la couche péritonéo-fibreuse profonde *sans ouvrir la gaine des droits*.

Il incise alors verticalement le feuillet antérieur de la gaine sur chacun des droits, à la partie moyenne de la largeur du muscle. Son incision déborde notablement en haut et en bas la ligne de réunion profonde déjà faite.

Les droits sont sectionnés dans la même étendue et dans le même sens; il emploie le bistouri au niveau des intersections fibreuses et la sonde cannelée dans l'intervalle pour éviter la lésion des vaisseaux et des nerfs; la section antéro-postérieure ne va pas jusqu'au feuillet profond de l'aponévrose d'enveloppe.

Les deux faisceaux musculo-fibreux ainsi formés sont rabattus en dedans, vers la ligne médiane, où ils sont suturés l'un à l'autre de telle sorte que le feuillet antérieur de la gaine, retourné, soit appliqué maintenant sur le plan fibro-péritonéal déjà suturé, les fibres musculaires étant ainsi en dehors.

La suture cutanée est faite comme à l'ordinaire.

Ce procédé ingénieux n'est applicable qu'au-dessus de la ligne de Douglas, car plus bas la paroi serait trop faible au niveau des incisions médio-musculaires et offrirait un véritable danger de nouvelle éventration.

L'auteur rapporte deux cas de cure radicale de cette manière, tous deux suivis de guérison.

Johnson[1] indique un procédé différent.

Lui aussi pratique une incision curviligne et elliptique circonscrivant la partie herniée, et empiétant légèrement sur la paroi saine.

La peau et l'aponévrose supérieure sont disséquées avec soin et découvrent les gaines de droits.

Après ouverture du sac et refoulement des organes herniés, suture du péritoine. Puis, des fils d'argent n° 25 sont passés dans l'angle supérieur de la plaie, au moyen d'une aiguille qui perfore le péritoine, le grand droit et la peau. Les deux extrémités du fil doivent ressortir à environ un pouce du bord libre de la plaie créée.

Les sutures au fil d'argent sont ainsi passées à intervalle d'un pouce sur toute la longueur de l'incision.

[1] Johnson. *Med. News*, 1898, p. 319. Improved technic for the cure of ventral hernia.

Tous les tissus sous-cutanés sont réunis par une suture continue au catgut et la peau est fermée par un surjet de même matière.

Alors les fils d'argent sont pris un par un, « remués en arrière et en avant » pour s'assurer qu'une partie d'intestin n'est pas pincée entre le fil et la paroi, et les deux chefs du fil sont enroulés, l'un à droite, l'autre à gauche, autour d'une petite brochette d'ivoire, et suffisamment tendus pour relever la tension sur les points du catgut.

La moitié des fils est enlevée au dixième jour, et le reste, au quinzième.

Le but de cette méthode est d'éviter les tiraillements précoces sur les surjets de catgut. Deux observations affirment l'efficacité de la méthode pour la ligne médiane : en 1894, une femme opérée pour fibrome est atteinte consécutivement de hernie ventrale; en 1898, opérée par Johnson de son éventration par la méthode ci-dessus, elle se présente ensuite comme ayant donné un résultat favorable.

Enfin, HAMMERFAHR, dont nous avons précédemment rappelé la comparaison des droits à deux battants ouverts de porte double dans les cas d'éventration, préconise le rapprochement des droits par des fils d'argent passés ainsi :

Les droits sont libérés en avant et en arrière, mais *sans que leurs gaines soit ouvertes*.

Les fils d'argent, passés en arrière de la gaine, ressortent de chaque côté à la partie externe des droits, sont ramenés en avant et tordus sur la ligne médiane. La tension doit être suffisante pour rapprocher les bords internes des droits jusqu'au contact; ils sont ainsi passés en verrous.

Les résultats, là aussi, sont favorables.

Avant de passer aux points particuliers que l'on rencontre dans le traitement des éventrations latérales, dont les éventrations suites d'appendectomie sont le type, nous dirons quelques mots des éventrations assez rares qui se rencontrent en plein muscle droit.

Ces éventrations, nous l'avons vu à l'étiologie, sont toujours ou presque toujours causées par des traumatismes, au moyen d'instruments contondants ou coupants, et plus particulièrement par des coups de couteau.

Pour la cure radicale de ces hernies, SALISTSCHEFF[1] indique une technique spéciale :

[1] SALISTSCHEFF (Tomsk), 1901.

Le sac, après ouverture des téguments et dissection des différents plans, est excisé, les organes réduits, le péritoine refermé par un surjet.

A 8 centimètres environ des bords de la plaie une section transversale est faite, du bord externe au bord interne du muscle; la section, comme dans les cas d'incision verticale de Bessel Hagen, ne va que jusqu'à environ la demi-épaisseur du muscle.

Deux lambeaux sont ainsi taillés : l'un supérieur, à point fixe inférieur; l'autre inférieur, à point fixe supérieur. Ils sont rabattus l'un sur l'autre, la dissection ayant été poussée jusqu'à environ deux centimètres de la perte de substance. Puis, on procède à une suture soignée des bords libres, de façon à constituer, au-devant du péritoine déjà suturé, un volet musculaire continu.

Cette méthode a été employée par son auteur pour la cure radicale d'une hernie *pariétale* siégeant à la partie supérieure du grand droit gauche, et reconnaissant pour cause un coup de couteau.

Cette technique, qui emprunte au droit ses lambeaux, méritait d'être signalée et rapprochée des méthodes précédemment exposées.

La CURE RADICALE DES ÉVENTRATIONS LATÉRALES de l'abdomen présente des indications spéciales qui, toutes, dérivent de ce que nous avons vu de la texture des parois latérales de l'abdomen.

Les éventrations latérales sont consécutives à des interventions qui ont eu pour résultat de sectionner les fibres musculaires des obliques et du transverse, dans des directions plus ou moins perpendiculaires à leur direction propre : Une incision parallèle aux fibres du grand oblique, par exemple, sectionne les fibres du petit oblique et du transverse presque perpendiculairement, et réciproquement.

Par conséquent, dans la cure radicale, — partant de ce principe que le traitement sera d'autant plus parfait qu'il se rapprochera davantage de l'anatomie normale, — il y aura diverses précautions à prendre et une technique particulière à suivre.

Ici, il ne peut plus s'agir d'une suture en un seul plan. Si le grand oblique peut s'en accommoder, le petit oblique et le transverse tiendront mal : il faut donc s'attacher à la suture en étages.

Cette suture en étages sera faite soigneusement.

La chose serait simple s'il s'agissait de réparer une paroi saine expérimentalement ouverte; mais, dans la pratique, il n'en est pas ainsi. Là encore, des adhérences se sont formées; les suppurations passées (nous avons surtout en vue les éventrations consécutives aux laparotomies pour appendicites suppurées) ont

détruit, ou du moins très compromis, les muscles plats qui, appauvris tout au moins, ont été refoulés et se sont atrophiés. Dans ces conditions, il faudra remplacer ce qui n'est plus par des emprunts à ce qui est encore ; il faudra donc les demander au grand droit.

L'incision est faite comme pour les hernies ventrales médianes volumineuses. Double et curviligne, l'incision passe au-dessus et au-dessous de la cicatrice de la précédente intervention.

Des précautions devront être prises, plus minutieuses encore que pour l'éventration médiane ; car, presque toujours, ces lésions sont consécutives à des plaies qui ont suppuré, et les adhérences tant épiploïques qu'intestinales sont très fréquentes.

L'incision sera poussée assez profondément, pour découvrir les bords fibreux qui limitent l'orifice herniaire.

On ouvrira le péritoine.

Comme il a été indiqué, les adhérences seront détruites ; l'intestin, s'il s'agit de lui, ne sera réduit qu'après s'être assuré qu'il ne présente ni surface cruentée, ni éraillure ; s'il en présentait, il faudrait d'abord y remédier.

Les viscères réduits, on fermera le péritoine par un surjet de catgut fin ou par des points en capiton.

Maintenant commence le temps le plus important de l'opération :

Le muscle grand droit est libéré en avant et en arrière de façon qu'on puisse tout à l'heure le mobiliser.

En dehors, libération du plan musculo-aponévrotique latéral.

Trois points en U sont passés dans la lèvre externe du muscle, pas trop près du bord libre pour ne pas dissocier le muscle ou l'arracher : on prendra donc le plus possible dans l'épaisseur du muscle.

Les chefs des fils seront passés à droite, dans la trame musculo-aponévrotique, et les fils seront serrés de telle sorte que le muscle grand droit, mobilisé en dehors, vienne glisser au-devant de l'hiatus pariétal, à la façon d'une porte de placard à coulisse.

Les points en U seront soutenus par un surjet assurant la parfaite coaptation du muscle et de la lame musculo-aponévrotique. Ce surjet a pour but d'éviter les tiraillements trop puissants sur les chefs liés des points en U.

Un autre surjet de prudence tassera et reconstituera la lame musculaire.

Enfin, un surjet aponévrotique superficiel sera fait, et la réunion cutanée opérée comme plus haut.

Telle est, d'après Lejars, la meilleure technique à suivre : voyons quels en sont les résultats.

Observation I

M. C. K..., 41 ans, sergent de ville, fut opéré d'urgence d'une appendicite, par M. C..., le 13 septembre 1899.

Eventration consécutive, de la grosseur d'une tête d'adulte.

Il entre à l'hôpital Tenon, le 11 février 1901 et est opéré le 25 février. Le 26 mars, il sort guéri, porteur d'une ceinture.

Voici quelle fut l'opération :

Incision courbe au-dessus et au-dessous de la cicatrice; on découvre les bords fibreux de l'orifice herniaire par lequel fait saillie une masse grosse comme le poing, recouverte d'un surtout graisseux, et constituée en grande partie par l'épiploon adhérent au péritoine pariétal.

Incision du péritoine; après avoir constaté que l'épiploon est largement adhérent, on ferme cette première incision par des points en capiton.

Libération du muscle droit; trois points en U sont posés; ils passent dans le bord externe du muscle en prenant le plus possible de muscle, et traversent, d'autre part, la partie profonde de la trame aponévrotique externe; le muscle est ainsi ramené, sous forme d'un voile, au-devant de l'hiatus pariétal.

Surjet complétant cette réunion musculo-aponévrotique.

Autre surjet tassant et reconstituant la lame musculaire. Surjet aponévrotique superficiel et réunion cutanée.

Le malade a été revu dernièrement, soit 16 mois après l'opération; il se porte très bien, fait intégralement son service, qui est très chargé, sans souffrir. Il éprouve, de temps à autre, une très légère fatigue, lorsque son service a été particulièrement pénible.

La cicatrice est linéaire et très belle.

Debout, le malade ne présente aucune déformation, aucune tumeur.

Couché, le ventre est souple; on ne sent pas de point faible; la toux n'amène aucune propulsion de la paroi au niveau de la cicatrice.

Si le malade fait des efforts pour passer du décubitus dorsal à la position assise, par exemple, on sent la sangle abdominale tendue et ferme, sans point faible, ni flottement.

Le résultat est donc excellent.

Observation II

M..., pharmacien; appendicite suppurée opérée d'urgence par M. M.; fistule; éventration consécutive.

Opéré un an avant d'un abcès iliaque, d'origine appendiculaire, par M. M...; il restait depuis une fistule à la partie moyenne de la cicatrice, et une hernie pariétale au même niveau, très volumineuse et bombée.

Au cours de l'intervention réparatrice (26 mars 1902), la fistule conduisit sur l'appendice, qui était accolé à la paroi; il fut d'abord réséqué, et le moignon encapuchonné, comme à l'ordinaire. Puis les divers plans de la paroi furent isolés, en ayant soin de modifier le plus large-

ment possible la couche musculaire; réunion du péritoine, après excision du sac, réunion du plan musculaire et de l'aponévrose.

Le malade est aujourd'hui pourvu d'une bonne paroi iliaque.

Observation III

M. G. V..., 22 ans, étudiant, opéré en 1899 à la maison Dubois pour appendicite (à chaud), entre le 21 janvier, à Tenon, pour une éventration consécutive.

Opération. — Incision courbe au-dessus et au-dessous de la cicatrice.

Incision du péritoine, décollement et réduction de l'épiploon adhérent.

Le grand droit est ramené devant l'hiatus par deux points en U.

Réfection de la paroi en trois plans. Réunion de la peau.

Résultat. — Le malade a fini ses études et est retourné dans son pays sans avoir eu de récidive; la paroi est bonne, pas de hernie.

Comme pour la cure radicale des éventrations médianes, les techniques diverses n'ont pas manqué; nous rappellerons celle de Johnson.

Les temps sont identiques à ceux de la cure de l'éventration médiane :

Le muscle droit est libéré sur son bord externe; la gaine n'est pas ouverte.

« En dehors, une dissection semblable est faite et poussée jusqu'à un pouce ou plus, au-dessus de l'oblique externe (grand oblique). »

Les fils d'argent sont passés comme il a été indiqué.

Voici deux observations des résultats opératoires de ce procédé :

Observation I

Enfant de 6 ans, opéré le 12 juillet 1895 pour une appendicite aiguë. En 30 mois, il subit quatre opérations consécutives pour amener la guérison de l'éventration qui avait suivi la première intervention de juillet 1895.

Il est à nouveau opéré en 1897, cette fois par le procédé ci-dessus rapporté.

L'enfant a été revu deux ans et demi après l'opération : la paroi est excellente. L'auteur présente une photographie du sujet avant et après l'opération; le résultat est excellent.

Observation II

M. B..., 4 ans, appendicite opérée et suivie d'éventration.

Cure de l'éventration. — Incision cutanée de la longueur de la cicatrice. Libération de l'intestin qui adhère à la paroi abdominale. Les tissus furent disséqués en arrière pour mettre à nu le bord libre du grand droit.

On place quatre fils d'argent qui pénètrent le grand droit à un pouce

de son bord externe libéré. En dehors, les fils perforent la sangle musculo-aponévrotique à un pouce également en dehors du bord correspondant de l'anneau.

Les muscles sont coaptés intimement par un surjet au catgut, passé au travers du tissu cellulaire sous-cutané; en même temps, les fils d'argent sont tendus et tordus, afin d'éviter les tiraillements du surjet de catgut.

Au bout de 8 jours, on enlève les fils de l'extrémité supérieure de l'incision; au bout de 15 jours, on enlève le reste.

Le malade a été revu; le résultat est excellent.

Dans les éventrations latérales, la fréquente nécessité d'avoir une réunion forte des tissus avec minimum de chances d'éventration dans les cas où la mobilisation d'une nappe musculaire est quasi impossible, a fait rechercher un moyen d'obtenir des sutures de plans différents, non superposés.

Isabanejeco indique ce moyen : il fait la réunion à trois étages, péritoine, muscles, aponévroses, après excision complète des bords cicatriciels. Le péritoine, les muscles et les aponévroses voient leurs lèvres rapprochées par des points en U. Mais les chefs libres, au lieu d'être noués simplement, sont reportés :

Les uns, ceux du péritoine, par exemple, en dehors et noués à la peau sur un petit drain;

Les autres, ceux des muscles, en dedans, par le même procédé;

Les aponévroses sont unies, sur place, par un surjet.

Ainsi la ligne de suture du péritoine est reportée en dehors; la ligne de suture du muscle, en dedans; la ligne de suture de l'aponévrose reste dans sa position naturelle.

Avant de terminer ce chapitre de traitement, il est différentes remarques qui s'imposent et que nous devons noter :

D'abord, nous n'avons pas parlé de l'asepsie préparatoire qui doit, comme dans toute opération, être l'objet de la minutie la plus complète. C'est là une nécessité inéluctable, qui est entrée dans la pratique courante des chirurgiens; cette préparation du champ opératoire ne présente ici rien de particulier, et les règles en ont été trop complètement données durant ces dernières années pour que nous croyons utile de les rappeler.

Ensuite, nous n'accorderons que quelques lignes aux éventrations qui siègent dans les régions postérieures de l'abdomen : elles sont assez rares. Hutchinson en cite 5 cas sur 34 cas d'éventrations qu'il signale : « elles s'étaient fait jour, dit-il, plutôt à travers la paroi qu'à travers le triangle de J.-L. Petit, et partant devraient être considérées comme de véritables hernies ventrales. »

Larrêy en cite des exemples.

Mc Cosh [1] cite le cas d'un marin opéré deux fois pour un rein flottant; les deux incisions n'étaient pas parallèles, mais se coupaient à angle aigu.

Apparition de l'éventration, qui était grosse comme une tête d'enfant, six mois après; elle est douloureuse, le malade maigrit; on se décide à l'opérer. La cure radicale est opérée en 1896. Après l'opération, le malade engraisse et augmente de poids d'une façon inattendue. Bonnes suites et bon résultat.

Mais six mois après, à la suite d'une punition corporelle et de la mise aux fers, la tumeur réapparait. On procède à une nouvelle cure radicale.

Malheureusement le malade n'a pu être suivi, ce qui ôte tout intérêt à la communication.

Ce que l'on doit conclure, c'est que, dans ces cas, il faut pratiquer, comme dans les autres hernies latérales, la suture en étage, les sutures autant que possible non superposées, suivant la méthode indiquée plus haut.

Il est une remarque faite par Tod Gilliam; elle est très juste et mérite d'être notée.

Dans un article intitulé *The operative treatment of ventral hernia resulting from abdominal section*, cet auteur fait remarquer que, dans certains cas, une opération décidée *ex abrupto* et pratiquée sans soins préalables, a toutes les chances de donner des résultats absolument défavorables. Cela arrive surtout dans les cas d'éventrations énormes, où presque tous les viscères sont herniés. Dans ces cas, le ventre s'est rétracté, resserré autour des viscères comme autour d'un pédicule. Une cure radicale, dans ces conditions est quasi impossible, aussi doit-on, pendant quelques semaines avant d'intervenir, faire suivre au malade un traitement approprié.

Le but de ce traitement qui doit être suivi avec grand soin est de rendre, dans la mesure du possible, au ventre sa capacité perdue et de rendre un peu de force aux muscles et aux supports des viscères.

L'intestin sera surveillé avec soin dans son fonctionnement et la santé générale sera l'objet d'une constante préoccupation. Le tonus musculaire affaibli sera rappelé et réveillé par des massages fréquents et le repos au lit.

[1] Mc Cosh. *Ann. of Surg.*, 1898, p. 539. Large lumbar hernia following nephrectomy for floating kidney.

A intervalles fixes, une à deux fois par jour, on mettra le sujet dans la position de Trendelenburg pour distendre la partie supérieure de l'abdomen qui a eu le plus de tendance au rétrécissement, et ramener ainsi progressivement les organes dans leur position naturelle. Cette position sera gardée quelques moments, selon l'endurance, très variable d'ailleurs, des malades.

La flatulence exagérée sera combattue par des moyens appropriés : la térébenthine donne d'excellents résultats.

Tels sont, actuellement, les conseils donnés par Gilliam : ils sont logiques et méritaient une mention.

De même qu'il est parfois nécessaire de préparer, par un moyen préventif, la bonne réussite de la cure radicale de l'éventration, il est non moins nécessaire d'assurer par une hygiène appropriée la parfaite réussite de l'opération pratiquée.

Le malade, au début, sera étroitement surveillé; on lui évitera les travaux trop pénibles, qui nécessitent des efforts trop violents.

Pendant les six premiers mois, il devra se résoudre à porter une ceinture qui sera un puissant adjuvant de la paroi; elle évitera que des tiraillements trop forts et des pressions trop considérables ne portent exclusivement sur la cicatrice récente, point faible momentané.

ANALYSES

VULVE ET VAGIN

WILLI THOMASS (Brandenburg). — **Un cas de fibrome vrai de la vulve.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 21 *juin* 1902, *n°* 25.)

Nullipare, 17 ans, toujours bien portante. Premières règles à 15 ans, menstruation toujours régulière. A remarqué, il y a 3 mois, à la vulve, une tumeur du volume d'une noisette. Celle-ci a grossi et a fini par gêner la marche.

On remarque à la vulve, entre l'orifice uréthral, les petites lèvres qui sont libres et la partie inférieure de la paroi vaginale antérieure, une tumeur du volume d'un œuf de poule, ovale, de consistance assez dure, sans pédicule. A sa surface se trouvent deux noyaux gros comme un noyau de cerise, émergeant de la capsule consistante qui enveloppe la tumeur. Celle-ci peut être facilement isolée des parties molles périphériques. Pas d'écoulement vaginal.

Ablation de la tumeur à l'aide de ciseaux et du bistouri. La paroi postérieure de l'urèthre n'était séparée de la tumeur que par une mince lamelle cellulaire.

Examen de la tumeur; elle a le volume d'une grosse prune; longueur, 4c 1/2; largeur, 3c; épaisseur, 2c 3/4.

La surface est recouverte d'une capsule ferme, ayant 3mm d'épaisseur, présentant, en deux points, un orifice circulaire d'environ un centimètre de diamètre. Ces deux orifices sont très voisins, près de l'extrémité supérieure de la tumeur; ils laissent échapper des excroissances de la masse de la tumeur. On détache facilement la capsule qui n'est reliée à la tumeur que par un peu de tissu cellulaire. La surface de la tumeur est lisse et présente une coloration rouge clair, tandis que la capsule est blanchâtre. La surface de section est jaune rouge, lisse, brillante et succulente; on y voit des points rouge sombre, représentant sans doute des vaisseaux béants. Toute la tumeur est d'une consistance ferme.

Au microscope, on voit que la capsule est composée principalement d'une large couche de faisceaux fibreux serrés, ne laissant plus reconnaître leur structure fibrillaire; à sa surface se trouve un épithélium plat, stratifié, présentant, comme l'épiderme, une couche cornée, superficielle et une couche profonde (*stratum mucosum*) dont les cellules les plus profondes ont une forme cylindrique. La capsule est nettement séparée de la tumeur par une fente étroite, avec, par places, des lamelles cellulaires, unissant la tumeur à la capsule.

La tumeur, elle-même, est faite de faisceaux de fibres se dirigeant dans tous les sens. La richesse de la tumeur, en cellules, est remarquable; ces cellules sont caractéristiques d'une tumeur conjonctive, bénigne; elles se composent d'un noyau allongé, sans aucun protoplasme dans la plupart des cellules. Par places, on voit, entre les faisceaux, des îlots de petites cellules ayant un noyau arrondi et un ou plusieurs nucléoles. Nulle part on n'a trouvé des cellules polynucléaires ou de grandes cellules. Parfois, les faisceaux, en s'écartant, limitent des espaces renfermant des masses de mucus, comme dans les tumeurs myxomateuses. Aux deux points où la capsule faisait défaut, la tumeur est ulcérée et présente, à la surface, une abondante infiltration de petites cellules. Il n'y avait pas de muscles lisses.

Il s'agissait d'un fibrome, riche en cellules, dont le point de départ ne saurait être précisé.

M. B.

M. Palmer Dudley. — **Fistule recto-vaginale.** — (*Amer. medic. Assoc.*, 12 *juin* 1902.)

L'auteur décrit une opération pour le traitement de la fistule recto-vaginale, dans laquelle la membrane muqueuse du rectum a été séparée au-dessus de l'ouverture fistuleuse, puis abaissée et réséquée. Les ouvertures fistuleuses, dans le vagin, furent suturées; puis la muqueuse du rectum fut abaissée et fixée. L'auteur considère que cette méthode est la meilleure pour combattre la fistule recto-vaginale et qu'elle donne de meilleurs succès que les autres méthodes.

L. J.

UTÉRUS

Carl v. Pauer. — **Un cas d'utérus duplex separatus.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 21 *juin* 1902, *n°* 25.)

Fille de 18 ans, réglée depuis l'âge de 17 ans, toutes les quatre semaines, durant 9 à 10 jours : règles douloureuses, avec coliques siégeant dans la moitié gauche du ventre, obligeant la fille à marcher courbée, au point que, durant la menstruation, elle ne quitte pas le lit. Depuis six mois ces douleurs persistent durant la période intermenstruelle, avec un peu moins d'intensité. Il y a deux mois, la malade a remarqué une saillie dans l'hypogastre gauche.

Examen : virgo intacta, organes externes normaux ; anneau hyménéal dilatable, vagin étroit, petit col de vierge, en arrière, un peu reporté à gauche ; il se continue avec l'utérus vers le côté droit. Le cul-de-sac droit est très étroit, permettant à peine d'y loger un doigt ; du côté gauche, il y a place pour deux doigts.

Par le palper et le toucher combinés, un utérus de volume normal, dirigé directement vers la droite ; immédiatement à côté de lui, on sent une tumeur plus ou moins élastique, présentant des dépressions à sa surface, assez mobile, non douloureuse, dont le pôle inférieur atteint le cul-de-sac. Le côté latéral de la tumeur parait fixé à la paroi pelvienne. Le volume de la tumeur égale celui d'un gros doigt d'homme.

On fait le diagnostic de tumeur annexielle et on décide d'opérer.

Après incision de la cavité abdominale, on retrouve la tumeur tendue et fluctuante qu'on reconnait être une trompe. Elle était courbée en fer à cheval de gauche à droite, puis de nouveau à gauche, à convexité touchant l'utérus auquel des adhérences superficielles la fixaient, entourant l'ovaire gauche.

Un examen plus attentif montra que la tumeur salpingienne ne partait pas du côté droit de l'utérus, que cet utérus n'avait pas d'annexes gauches ; la tumeur s'abouchait à gauche à un corps, ayant la forme et le volume d'un œuf de poule, un utérus gauche, et que l'abouchement se faisait au milieu du fond et non à gauche au-dessous du fond. A ce niveau la trompe était coudée. Les annexes de l'utérus rudimentaire correspondaient aux annexes gauches, et l'on trouvait néanmoins une trompe et un ovaire du côté droit. La trompe était primitivement située à gauche, puis, faisant un coude, elle cheminait sur la droite.

On enleva d'abord la tumeur salpyngienne avec l'ovaire qu'elle contournait, pour se créer de la place. Puis, en examinant l'utérus gauche, on vit que cet organe n'était relié à la paroi vaginale que par un cordon cellulaire de l'épaisseur du petit doigt. On lia et sectionna ce cordon, après quoi l'extraction de l'organe se fit facilemeut.

Le pôle inférieur de la tumeur qu'on avait senti par le toucher vaginal était l'utérus gauche rudimentaire.

L'utérus droit et les annexes de ce côté furent laissés en place.

A noter que, dans le grand épiploon, se trouvait une tumeur du volume d'un poing d'enfant, de l'extrémité supérieure de laquelle partait un fort cordon se dirigeant vers la région splénique. On extirpa cette tumeur qui fut reconnue être une rate supplémentaire.

Dix jours après l'opération, les règles survinrent, sans aucune douleur et sans aucun malaise.

A l'examen, on vit qu'il s'agissait d'un hématosalpinx et d'un hématomètre développé dans un second utérus, rudimentaire, sans col ni orifice. Cet utérus mesurait 8 centimètres de longueur sur 5 de largeur; la cavité mesurait 5 centimètres de longueur et était partout recouverte de muqueuse. Les parois étaient bien développées; la muqueuse était atrophiée.

M. B.

Matthew D. Mann. — **Rétrodéviations de l'utérus.** — (*Soc. amér. de Gynéc. Med. Rec.*, *7 juin* 1902.)

L'auteur discute l'étiologie, la pathologie et l'anatomie pathologique des rétrodéviations utérines. Les ligaments ronds jouent le principal rôle dans le maintien de l'utérus dans sa place normale. Leur relâchement amène la rétroversion. Le relâchement du plancher pelvien prépare l'abaissement de l'utérus. D'après l'auteur, le ligament utéro-vésical a une influence également considérable dans la production des déplacements utérins.

Les déplacements utérins s'accompagnent de troubles dans la circulation et la nutrition de l'organe, d'où la congestion chronique de l'utérus, ce qu'on désigne sous le nom de métrite, faute d'un meilleur terme.

Les déchirures du col sont une autre cause de déplacement, en permettant à l'utérus de tomber dans le bassin et de se tourner légèrement

en arrière. Dans un cas, le déplacement s'est produit pendant des quintes de coqueluche chez une adulte ; dans un autre, à la suite des efforts pour aller à la selle. En dehors des symptômes directs bien connus qu'ils provoquent, les déplacements utérins amènent un grand nombre de troubles réflexes.

L. J.

M. W.-L. Burrage. — **Déchirures du col utérin et du plancher pelvien.** — (*Société américaine de Gynécol. Med. Rec.*, 7 *juin* 1902.)

Les déchirures du col utérin et du plancher pelvien méritent plus d'attention qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Les gynécologues doivent intervenir de bonne heure pour rétablir les régions dans les conditions normales. En 1883, Emmet a posé les principes auxquels doit être soumis le traitement opératoire; ces principes sont toujours valables, et il vaut mieux les suivre que de chercher des opérations moins sûres dans leurs résultats. L'auteur a opéré 101 cas de déchirure du col et 162 cas de déchirure du périnée et du plancher pelvien.

L. J.

M. Francis Haultain. — **Diagnostic des affections malignes de l'utérus.** — (*The Practitioner*, *juin* 1902.)

L'auteur rappelle la difficulté du diagnostic et l'insidiosité du début des affections cancéreuses de l'utérus. La douleur est tardive, la leucorrhée est un symptôme banal, l'hémorragie est un signe qui a sa valeur, soit qu'elle ait un caractère ménorragique, soit qu'elle se produise dans l'intervalle des règles; elle acquiert une très grande valeur si elle se produit après le coït. Après la ménopause, les hémorragies doivent toujours être considérées comme suspectes, et dans 95 0/0 des cas, elles sont dues au cancer. Le cancer du col est presque exclusif aux femmes qui ont eu des enfants : il est très rare chez les nullipares. La douleur est un symptôme tardif, de même et plus encore la cachexie.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur distingue pratiquement trois formes : la forme ulcérative superficielle, la forme papillaire et la forme interstitielle. Les signes physiques au début varient suivant ces formes, et les difficultés sont souvent telles, que seul l'examen microscopique peut résoudre le problème diagnostique. Au point de vue clinique, il faut d'abord tenir compte de la friabilité des tissus malades, et, en second lieu, du caractère de l'hémorragie.

Le diagnostic du cancer du corps de l'utérus ne peut se faire de bonne heure qu'avec la curette. Le sarcome de l'utérus donne des symptômes semblables à ceux du cancer ; l'hydrorrhée est un des signes les plus constants de la maladie. Le pronostic est moins grave que pour le cancer.

L. J.

M. Hubert Roberts. — **Quelques points nouveaux sur l'étiologie et la pathologie des affections malignes de l'utérus.** — (*The Practitioner*, *juin* 1902.)

Dans ce travail étendu, l'auteur se propose d'étudier les principaux points intéressants concernant les affections malignes de l'utérus, par

exemple l'origine du cancer, et surtout la pathologie de l'adénome et du déciduome malin.

Existe-t-il un parasite du cancer? Après avoir passé en revue les diverses expériences tentées pour résoudre cette question, Roberts croit qu'on ne peut encore exprimer une opinion ferme sur l'existence éventuelle de parasites dans le cancer. Cependant les statistiques faites en Angleterre montrent que depuis quarante ans la mortalité par le cancer s'est accrue de 147 % pour les hommes et de 74 % pour les femmes.

Parmi les variétés du cancer du col, l'auteur s'arrête sur la description de l'épithélioma (cancer à cellules squameuses) et de l'adéno-cancer. L'examen histologique est nécessaire pour différencier ces deux variétés. L'adénome malin, l'endothéliome et le sarcome constituent des formes rares d'affections malignes de l'utérus. Quant au cancer du corps de l'utérus, c'est presque toujours un adéno-carcinome qui se développe après la ménopause entre 50 et 60 ans, en général chez des femmes stériles. L'affection se présente sous une forme diffuse ou circonscrite. L'endothéliome, l'adénome malin, le déciduome malin sont enfin passés en revue.

J. L.

M. Arthur. H.-N. Lewers. — **Cancer de l'utérus.** — (*The Practitioner*, *juin* 1902.)

Le cancer de l'utérus est une maladie uniformément fatale, sauf dans les cas où on peut le reconnaître de bonne heure, pour intervenir par une opération suffisamment radicale. Le diagnostic précoce s'impose donc; et ce qui le retarde, c'est la croyance que le début est marqué par des phénomènes douloureux, et aussi l'état général qui se conserve bon au début. Pour faire un diagnostic précoce, il faut que les malades se fassent examiner quand elles ont des hémorragies entre les règles ou après la ménopause, et qu'en tout cas elles soient instruites de la nature des premiers symptômes du cancer.

Quant au traitement du cancer du col, l'auteur a complètement abandonné l'amputation sus-vaginale du col et traite presque tous ses cas par l'hystérectomie vaginale. Lorsque l'affection s'est propagée au vagin et aux ligaments larges, il renonce à toute opération étendue; car il n'a obtenu des résultats satisfaisants que dans un cas.

Le traitement chirurgical du cancer du corps de l'utérus est soumis aux mêmes principes : enlever l'utérus si l'affection lui est strictement limitée; aujourd'hui, l'auteur donne dans ce cas la préférence à la voie abdominale.

Depuis avril 1899, l'auteur a fait 33 amputations sus-vaginales, 28 hystérectomies vaginales pour cancer du col. Sur ces cas, 8 amputations sus-vaginales et 6 hystérectomies vaginales sont restées indemnes dans la suite ; soit une guérison absolue de 23 %. Dans le premier cas, la mortalité opératoire a été nulle ; dans le second, la mortalité a été de 7 1/2 %.

L. J.

M. Grandin. — **Cancer du col avec tuberculose des trompes.** — (*Ann. of Gyn. a. Ped.*, *mai* 1902.)

La malade à laquelle l'auteur enleva l'utérus et les annexes était

âgée de 36 ans, avait eu deux enfants et une fausse couche. Depuis plusieurs mois, elle était atteinte d'hémorragies. Après avoir enlevé une partie du col pour l'examiner, l'auteur procéda à l'hystérectomie abdominale : on trouva les trompes parsemées de tubercules miliaires qui existaient aussi en petites quantités sur le péritoine suivant la vessie.

L. J.

ANNEXES

M. Reuben Peterson. — **Considération sur les fibromes de l'ovaire.** — (*Soc. amér. de Gynéc.*, 27 *mai* 1902.)]

L'auteur relate deux cas de tumeurs volumineuses de l'ovaire chez des femmes de 60 et 64 ans. Il s'agissait de fibromes de l'ovaire, tumeur qui ne sont pas excessivement rares puique l'auteur a pu en rassembler 84 cas. De leur étude il résulte que les fibromes de l'ovaire se développent, durant la période de la vie génitale de la femme, avec plus de fréquence à cet âge que les fibromes de l'utérus. Ces tumeurs sont deux fois plus fréquentes chez les femmes mariées que chez celles qui ne le sont pas ; elles ne paraissent pas être un obstacle à la grossesse et ne déterminent pas des troubles de la menstruation; 12 % des malades seulement avaient des douleurs au moment des règles et il n'est pas démontré que ces douleurs fussent produites par les fibromes. Les hémorragies ne peuvent survenir que si les deux ovaires sont atteints. La tumeur peut subsister depuis très longtemps avant de donner lieu à des symptômes marqués. Dans quelques cas elle a pu se développer très rapidement. Lorsque les douleurs existent, elles paraissent dues à des adhérences ou au volume considérable de la tumeur. La dysurie est un symptôme observé dans 15,6 % des cas. Dans 75 % des cas la tumeur est entièrement fibreuse, dans les autres il peut y avoir infiltration colloïde, dégénérescence muqueuse ou hyaline. Dans quelques cas, il s'agit de fibromyomes.

L. J.

M. Gottschalk. — **Folliculome malin de l'ovaire.** — (*Société médicale de Berlin*, 11 *juin* 1902.)

Il s'agit d'une femme de 48 ans, ayant eu 3 enfants, atteinte depuis 3 mois d'une tuméfaction abdominale, sans ascite, sans albuminurie, mais d'œdème des membres inférieurs et de cachexie.

L'utérus était rétrofléchi, et l'ovaire gauche était le siège d'une tumeur volumineuse. A la laparatomie, il s'écoula un liquide séro-sanguinolent. Après l'ablation de la tumeur, du volume du poing, la malade guérit complètement.

La tumeur était entourée d'une capsule représentant la tunique albuginée de l'ovaire : elle avait la consistance d'un myome et présentait à la coupe une zone corticale et une zone médullaire. La première contenait de petits kystes à contenu jaune, la zone centrale était solide. Au microscope, le néoplasme se composait d'un stoma et d'un parenchyme. Le stroma, pauvre en cellules, formé d'un tissu hyalin, était parsemé d'hémorragies. Les cellules parenchymateuses montraient un type fondamental, à contour net, sans capsule, avec de nombreux

noyaux disposés en couches. A un certain degré de développement, le contenu se liquéfiait, ne laissant subsister qu'une zone marginale de noyaux, et constituant alors des vésicules, dont la confluence formait les kystes de la zone corticale, représentant la partie la plus ancienne de la tumeur. On voyait aussi des formations allongées ayant l'aspect d'un endothélium d'un vaisseau lymphatique. Ces productions amenaient la perforation des vaisseaux sanguins, d'où les nombreuses hémorragies constatées.

Le parenchyme paraît être d'origine conjonctive.

La tumeur a eu une certaine ressemblance avec une thyroïde aberrante ; mais Gottschalk repousse cette analogie, parce que les productions primitives ne présentaient pas la strucure de la thyroïde.

La tumeur pouvait avoir pour point de départ les cellules conjonctives, l'endothélium et la paroi des follicules. Pendant longtemps Gottschalk a cru à un endothéliome. Le développement des éléments du néoplasme correspondait surtout au développement des follicules primordiaux. Cette hypothèse explique la fusion des cellules parenchymateuses avec le stroma et la formation des kystes dans la zone corticale.

Par contre, Pick, argumentant la communication de Gottschalk, tient le néoplasme pour une tumeur thyroïdienne hyperplasique et admet que la malade avait peut-être une petite tumeur thyroïdienne qui a donné lieu à une métastase dans l'ovaire. En tout cas, la tumeur offre, d'après lui, le type thyroïdien.

L. J.

M. O. GUELLIOT. — **Kyste dermoïde bilatéral des ovaires et fibrome utérin.** — (*Union médic. du Nord-Est*, 30 *mai* 1902.)

Il s'agit d'une femme de 34 ans qui, à l'âge de 18 ans, souffrit de violentes douleurs dans le côté droit du ventre, eut un enfant à 26 ans, des accidents de péritonite et qui, actuellement, souffrait de douleurs abdominales et de ménorrhagies abondantes. Utérus volumineux, non mobile, tumeurs dans le cul-de-sac postérieur à droite et à gauche ; on diagnostiqua un fibrome utérin avec tumeurs des deux ovaires, sans préciser la nature de ces tumeurs. L'opération a consisté dans une ovariotomie double et une hystérectomie. La malade a guéri après une opération assez facile, en raison de l'absence d'adhérences sérieuses. Il fut seulement impossible de sortir le fibrome avant d'avoir enlevé les tumeurs ovariennes. Celles-ci étaient constituées par des kystes, dont l'un contenait une matière grasse, et l'autre du pus et une longue touffe de poils fins.

L. J.

CLÉMENT DELFOSSE. — **Kyste multiloculaire de l'ovaire inclus dans le ligament large, extirpation, hystérectomie totale, guérison.** — (*J. des sc. méd. de Lille*, 24 *mai* 1902.)

Une religieuse de 56 ans portait une tumeur de l'ovaire qui fut opérée par M. Duret. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire compliqué, inclus dans le pelvis et le ligament large et adhérent à l'utérus, aux annexes, à l'anse sigmoïde et au rectum, ce qui compliquait l'opération. Une chose à considérer néanmoins, dans cette observation, c'est la rapidité

de la guérison malgré la difficulté d'extirper la tumeur. D'habitude, pour les néoplasmes, qui ont de nombreuses adhérences, l'opération est longue, grave, et les suites sont quelquefois funestes; dans le cas actuel, la guérison a été obtenue sans suppuration et avec une rapidité très grande.

L. J.

MAY THOINE. — **Pyosalpinx de volume insolite.** — (*Brit. med. Journ.*, 19 *juillet* 1902.)

L'auteur a enlevé un pyosalpinx du côté droit mesurant 25 centimètres en hauteur et 30 centimètres de circonférence. Les deux trompes étaient fermées par des adhérences. Les deux ovaires étaient volumineux et mous : celui du côté droit était parsemé de petits kystes. Il ne restait pas de trace de tissu normal sur l'ovaire gauche. La malade, âgée de 24 ans, supporta très bien l'opération.

L'intérêt de ce cas est dans l'absence de tout symptôme indiquant une salpingite. La malade n'a jamais souffert du bas-ventre, sauf au début de chaque menstruation et la douleur n'a jamais duré plus de quelques heures. Elle n'a, d'ailleurs, jamais été alitée et n'accusait pas de leucorrhée.

L'inflammation a revêtu d'emblée un caractère très lent et chronique qui a permis à la trompe droite de se dilater jusqu'au point de contenir un litre à un litre et demi de pus. La compression exercée sur la vessie avait amené de la difficulté de la miction ; il en est résulté une hypertrophie très notable de la paroi vésicale. Ce sont ces troubles de la miction qui ont amené la malade à réclamer des soins. L'absence de tout élément douloureux rend improbable l'origine blennorrhagique de la pyosalpinx ; on pourrait admettre une origine tuberculeuse, mais il n'a pas été possible de découvrir dans les poumons ni ailleurs un foyer tuberculeux quelconque.

L. J.

GROSSESSE EXTRA UTÉRINE

Prof. OTT. — **Hémorrhagie interne par rupture de grossesse tubaire ; son traitement.** — (*Soc. d'obst. et de gynéc. de Saint-Petersb., in Rous. Vratch*, 1902, n° 12).

Pour pouvoir opposer à ces hémorrhagies un traitement efficace, il importait de savoir si le sang, épanché dans le péritoine, se résorbe ou non. Il semble aujourd'hui bien établi que la résorption n'a pas lieu et que ces hémorrhagies affaiblissent et épuisent toujours plus ou moins les malades. Le danger varie selon que le sang s'épanche dans la cavité péritonéale libre ou bien dans la cavité enkystée, où l'accumulation du sang se fait sous une certaine pression, ce qui entrave son écoulement ultérieur. La production de la collection sanguine constitue donc en quelque sorte une arme, à l'aide de laquelle l'organisme lutte contre l'hémorrhagie. Cependant, dans certaines conditions, l'hémorrhagie intrakystique peut se renouveler (tumeur sanguine récidivante) amenant une anémie grave. Il en fut ainsi dans deux cas observés récemment par le rapporteur.

Dans un de ces cas il s'agissait d'une grossesse tubaire qui s'était arrêtée tout à fait au début : la masse était petite; aussi se proposa-t-on d'abord

d'attendre la résorption spontanée; cependant, pendant le séjour de la malade à l'hôpital, la tumeur augmenta à la suite de quelques accès aigus.et l'on fut obligé d'intervenir.On pratiqua la colpotomie et l'éclairage de la cavité abdominale suivant le procédé de l'auteur; l'on trouva la poche remplie de caillots; ces derniers enlevés, on vit que le bout abdominal de la trompe, sur lequel était fixé l'œuf, faisait saillie dans une des parties de la poche; on n'eut alors qu'à enlever l'œuf avec le doigt et à enlever avec la curette les débris de membranes.

Dans l'autre cas on trouva dans la poche, à côté de caillots anciens, du sang rutilant récent.

M. Ott recourt toujours dans ces cas à l'incision vaginale avec éclairage de la cavité abdominale; et une expulsion de l'œuf par l'incision; grâce à cela il peut pratiquer des opérations conservatrices et intrapéritonéales.

Mme El.

Frank L. Adams. — **Grossesse extra-utérine traitée par la voie vaginale.** — (*The medical Age*, 25 *mai* 1902.)

L'auteur conseille le traitement chirurgical dès que le diagnostic est fait. Dans la grande majorité des cas, la voie abdominale est la meilleure, surtout lorsqu'on soupçonne l'existence d'hémorrhagie interne. Néanmoins lorsqu'on sent par le vagin une masse immobile bien circonscrite, l'opération vaginale et le drainage sont nettement indiqués. Dans les cas adaptés à cette méthode, celle-ci donne des résultats plus sûrs, plus rapides, avec moins de danger que la laparotomie abdominale. Cela est particulièrement vrai lorsqu'on se trouve en présence d'un sac adhérent compliqué de suppuration ou de péritonite. Les trompes et les ovaires sont préservés: la cavité abdominale n'est ordinairement pas ouverte, et on évite les adhérences intestinales. Le choc opératoire est moins marqué, l'anesthésie plus courte et l'on n'est pas obligé de toucher aux intestins. D'autre part, on peut risquer de blesser le rectum et l'intestin lorsqu'il y a des adhérences, mais ce danger peut être évité avec quelque soin. Il est rare que la suppuration amène une perforation et une infection péritonéale consécutive. S'il se produit une hémorrhagie grave, on est obligé d'ouvrir l'abdomen pour lier les vaisseaux.

L. J.

A. Greyfé. — **Intervention dans une grossesse extrautérine, enfant vivant.** — (*Med. Oboz.*, 1902, *f.* 5, *p.* 364).

Ce cas est le dixième en Russie, d'extraction d'enfant vivant dans des cas de grossesse extrautérine. La femme est entrée à l'hôpital vers le 8e mois de sa grossesse, qui avait évolué normalement, sauf pendant les deux premiers mois où la femme avait eu des crises de douleurs dans le bas-ventre, avec perte de connaissance, refroidissement des extrémités et faiblesse générale. Le diagnostic ne présentait pas de difficultés. En raison de l'état général satisfaisant, on avait décidé de laisser la grossesse évoluer jusqu'à 8 mois et demi; mais, 12 jours après son entrée la femme fut prise des douleurs syncopales; dans la crainte d'une hémorragie on décida d'intervenir.

La poche fœtale se trouvant directement derrière la paroi abdominale,



il s'agissait d'une grossesse tubaire, développée dans la trompe gauche et n'ayant pas provoqué d'adhérences.

L'enfant est né en état de mort apparente, mais a été ranimé au bout de 30 minutes: il pesait 2.300 grammes. — Il a été allaité par la mère et est actuellement (à l'âge de 1 an) très bien portant, ainsi que la mère

Mme El.

M. J. Boursier. — **Hématocèle rétro-utérine par avortement tubaire incomplet.** — (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 *juin* 1902.)

Dans ce cas qui concerne une femme de 26 ans, les crises douloureuses débutèrent pendant les règles et se répétèrent à de courts intervalles, en même temps que l'écoulement sanguin persistait. L'examen local révéla l'existence d'une hématocèle rétro-utérine. Seulement chez la malade, il existait des hémorragies successives avec crises douloureuses séparées et augmentation progressive de l'hématocèle après chaque crise, ce qui fit admettre un avortement tubaire incomplet. L'intervention chirurgicale a justifié ce diagnostic. L'hématocèle intra-péritonéale était liée à une grossesse tubaire, terminée par un avortement tubo-abdominal incomplet, car la trompe n'était pas rompue et l'hémorragie se faisait par le pavillon tubaire, largement ouvert et plein de caillots, l'œuf n'étant pas encore expulsé de la trompe.

L. J.

M. Edwards, N. Liell. — **Cas de grossesse tubaire diagnostiquée avant la rupture et opérée après rupture.** — (*Médical Record*, 31 *mai* 1902.)

La grossesse tubaire diagnostiquée avant la rupture datait de deux mois. A ce moment survinrent des accidents graves de rupture; mais la malade, qui s'était opposée à toute intervention, ne fut opérée qu'un mois plus tard.

A l'ouverture de l'abdomen, l'opérateur trouva une trompe volumineuse, et une masse de sang épais et noir remplissant la cavité pelvienne. L'utérus était fixé par une hystéropexie faite trois années auparavant. Les adhérences furent rompues, et le sang du petit bassin enlevé. La grossesse siégeait dans la trompe près du pavillon. La convalescence fut rapide.

L. I.

ÉTAT GÉNÉRAL

Karl Ernst Laudenburg (Remscheid). — **De l'existence et de la signification des modifications de la composition du sang dans les processus suppurés de l'appareil génital de la femme.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 31 *mai* 1902, *n°* 22.)

Il résulte des recherches de l'auteur que la suppuration dans l'appareil génital de la femme s'accompagne d'une modification du sang, d'une chloroanémie en rapport avec la durée et l'intensité du processus suppuratif, diminution des globules rouges, augmentation des globules blancs. Cette altération du sang cesse ou diminue avec la fin ou la marche progressive du processus suppuratif.

Dans les cas de leucocytose, surtout dans les cas graves où la proportion de globules blancs fut de 1 à 70, l'auteur a noté principalement des leucocytes polynucléaires, neutrophiles. Tandis que dans le sang normal, la proportion de ces éléments est de 65 %, elle atteignait ici 80-90 %. Parfois, on ne rencontrait pas d'autres éléments blancs.

Le sang revient d'autant plus vite à son état normal que l'état général de la femme, avant le processus suppuratif, fut meilleur et aussi d'autant plus que la marche de la maladie fut plus rapide. Les globules rouges et les lymphocytes se multiplient, tandis que les éléments poly nucléaires diminuent. En même temps, le sang devient plus épais, se coagule plus vite et parait plus rouge. Jamais l'auteur n'a trouvé d'éléments anormaux. Il a rencontré régulièrement des éléments éosinophiles, mais en moindre quantité que dans le sang normal.

L'auteur pense que, dans les cas douteux, quand la température, la fluctuation manquent, l'examen du sang devient un élément de diagnostic précieux.

Il convient de ne pas confondre cet état pseudo-leucémique avec la leucémie vraie, compliquée accidentellement de processus exsudatifs. Ce qui distingue celle-ci, c'est une multiplication des cellules avec granulations éosinophiles et, l'abondance d'éléments ne se trouvant pas dans le sang normal, de grandes cellules mononucléaires au lieu de cellules polynucléaires avec granulations neutrophiles.

M. B.

ROBERT MEYER. — **Qu'est-ce que la pression intra-abdominale ?** — (*Centralb. für Gynäk.* 31 *mai* 1902 n° 22.)

L'auteur se propose de démontrer qu'il n'existe pas dans l'espace péritonéal de pression analogue à la pression thoracique, pleurale, et qu'il n'existe pas de pression uniforme agissant sur la cavité abdominale et son contenu, mais que cette pression est variable suivant l'endroit et suivant le moment. La pression pleurale négative résulte du poumon, organe élastique dans une cavité dont l'élasticité congénitale disparait avec l'âge.

La cavité abdominale possède au contraire une paroi élastique en avant et en haut, et il ne se forme pas d'espace vide entre le contenant et le contenu, comme on peut s'en convaincre au cours des laparotomies Si l'on fait une petite incision, l'intestin ne fait pas hernie. Si l'intestin a été bien vidé, on peut, en soulevant le péritoine, avant de l'inciser, créer artificiellement une pression négative qui cesse dès que l'incision du péritoine a permis à l'air d'entrer.

Lorsque les organes abdominaux sont distendus, ils pressent contre la paroi, ou plutôt la paroi presse contre les organes, et cette pression est variable suivant les points, toujours assez fort pour faire équilibre à la pression exercée par l'organe sous-jacent contre la paroi.

A l'intérieur de la cavité abdominale, le poids de l'intestin et de son contenu pèse sur le corps utérin et celui-ci sur la vessie ; les trois poids réunis pèsent sur la symphyse et le plancher pelvien, etc. donc la pression résultant de la pesanteur est inégale sur ces différents organes. S'il survient une pression d'un autre genre, elle se propagera dans les organes pleins, parallèlement à la direction de pression : dans les gaz

intestinaux et les liquides, la propagation sera uniforme, ce qui augmente la différence de pression suivant les divers organes.

Quand on pense au modifications que subissent d'un moment à l'autre les organes abdominaux (expansion des gaz intestinaux, pression sanguine, plénitude ou vacuité des réservoirs, mouvements musculaires, pression de la paroi et du diaphragme) on doit conclure avec l'auteur que la pression varie non seulement avec le point envisagé, mais aussi avec le moment.

A l'état normal, la cavité abdominale ne renferme pas assez de liquide pour régulariser la pression : cela n'est posssible que dans les cas d'arcite.

Donc pas de pression intra-abdominale et, par conséquent, pas de pression négative dans certaines circonstances, comme on l'a admis jusqu'ici.

Dans la position genu-pectorale, il n'y a pas de pression négative, mais modification dans la pression exercée par les organes internes pesant habituellement sur le plancher pelvien.

M. B.

Dr A.-H. Goelet. — **Influence du prolapsus du rein sur l'étiologie des maladies pelviennes chez la femme.** — (*Am. med. Ass.*, 12 *juin* 1902).

Un rein déplacé peut gêner la circulation de retour du bassin et amener de la congestion pelvienne. Les reins, dans leur position normale, sont situés en face de la veine rénale qui est comprimée par un prolapsus même léger. Dans les cas plus prononcés, l'urétère est comprimé et il peut en résulter une hydronéphrose. Cette condition s'aggrave lorsque les femmes se lèvent et s'habillent, à cause de la constriction exercée par les vêtements. Le rein retourne alors à sa position normale lorsque la femme reprend la position couchée. Les symptômes sont assez marqués, quoique la douleur dans la région rénale soit rare. Les symptômes concomitants d'anémie, d'amaigrissement, s'observent dans les formes très prononcées de prolapsus. Les manipulation du rein déterminent de l'irritation et c'est pour cette raison que l'usage des ceintures a des inconvénients, leur pression constante augmentant la sécrétion de l'urine et irritant le rein. Le seul traitement radical consiste dans la néphropexie par la méthode ordinaire. L'auteur estime qu'il est sage d'opérer de bonne heure, avant que le déplacement du rein ait entrainé des lésions des organes pelviens. Tous ces accidents peuvent être arrêtés ou disparaitre entièrement, si on procède à la fixation du rein.

Massey ne croit pas aux influences du déplacement du rein sur les organes pelviens et s'oppose au traitement chirurgical. Le prolapsus du rein est le résultat de la fonte adipeuse, de l'anémie et de la neurasthénie. Il croit que la guérison peut être obtenue par l'usage de l'acide nitrique et chlorhydrique, des pilules de rhubarbe, la galvanisation de l'abdomen et le massage général.

Mathews admet que la fixation du rein est le seul traitement radical, mais ce traitement n'est pas applicable aux femmes âgées avec parois abdominales flasques. Bacon croit de même qu'un. traitement dirigé contre la paroi abdominale, peut remédier au déplacement du rein.

L. J.

LAUWERS. — **Emphysème de la paroi abdominale après laparotomie.** — (*Bull. de la Soc. Belge de gyn. et d'obst.*, 1902-1903).

L'auteur cite une opération dans laquelle, après avoir fait chez une femme de 54 ans une hystérectomie complète pour un cancer du col, il constata au septième jour, au moment d'enlever le premier pansement, une crépitation caractéristique de l'emphysème sous-cutané de la paroi abdominale. Cet emphysème de la paroi ne disparut que très lentement et existait encore un peu le jour de la sortie de la malade. La réunion avait eu lieu par première intention.

L. J.

R. PICHEVIN. — **Embolie pulmonaire après l'hystérectomie.** — (*Semaine gynécologique*, 17 *juin* 1902.)

L'auteur donne, d'après M. Chevreux, quelques renseignements sur cette complication qui surgit après l'hystérectomie pour fibrome utérin. Sur 586 cas d'opération il y a eu une mortalité de 2 % par embolie. L'hystérectomie vaginale a donné 3,35 % et la myomotomie une mortalité de 12 % par embolie.

L'infection propagée dans les veines peut exister avant l'opération ou être consécutive à l'intervention.

La date de l'apparition de l'embolie est très variable ; la mort subite peut survenir au plus tôt le 3e jour après l'opération, mais on l'a aussi observée 26 jours après l'hystérectomie. Le plus souvent la mort arrive à l'improviste, sans phlegmatia alba dolens antérieure, à la suite d'une phlébite des veines de la cavité pelvienne. Il peut y avoir eu élévation de température, mais l'accident peut survenir même lorsque la température n'a pas dépassé 37°.

Si l'on soupçonne une thrombose des veines du bassin, il faut immobiliser les malades au lit et rechercher toute trace d'inflammation pelvienne. S'il existe une phlegmatia alba dolens, il n'y a pas contre-indication absolue à l'opération qui, de ce fait cependant, devient plus dangereuse.

L. J.

M. BROWN. — **Embolie cérébrale après la cœliotomie.** — (*Ann. of Gyn. a. Ped.*, *mai* 1902.)

M. Brown relate un cas d'embolie cérébrale, suivant immédiatement une laparotomie prolongée, dans laquelle l'opérée avait été placée comme d'habitude dans la position de Trendelenburg. L'utérus et les annexes avaient été enlevés, et les résultats opératoires étaient bons. Les effets de l'anesthésie par l'éther ayant été dissipés, la malade restait aphasique, la langue était déviée du côté droit, et les paupières du côté gauche ne pouvaient se fermer : en même temps il y avait parésie du côté droit. Le lendemain, on constatait une anesthésie presque complète du côté gauche de la face et du côté droit du reste du corps. Tous ces phénomènes s'amendèrent au bout de quelques jours.

L. J.

M. CH. S. HAMILTON. — **Obstruction post-opératoire dans un cas de sarcome de l'utérus et de kyste du mésentère.** — (*Medical Record*, 31 *mai* 1902)

Une femme atteinte d'une tumeur abdominale et de douleurs très vives fut opérée. On trouva un kyste du mésentère qui ne comprimait pas l'intestin. La tumeur fut enlevée sans aucune lésion des vaisseaux mésentériques, et la surface de la plaie fut recouverte d'une portion du péritoine. L'hystérectomie fut faite pour le sarcome de l'utérus, suivant la méthode de Kelly. Deux jours plus tard, il y avait des selles provoquées par une dose de calomel. Vers le neuvième jour, il survint alors des accidents d'obstruction intestinale. Comme l'opérateur sentait une masse intestinale dans le cul-de-sac vaginal, il ouvrit ce dernier pour détruire des adhérences possibles entre l'intestin et le moignon de l'utérus. Mais les adhérences étaient légères et ne pouvaient être la cause d'une obstruction. Cependant, la malade bénéficia de cette intervention, car elle eut des selles naturelles. Quelques jours plus tard, il survint de nouveaux accidents d'obstruction. Le chirurgien ouvrit alors l'intestin grêle à quelque distance au-dessus de la valvule iléo-cæcale ; mais la malade succomba dans le collapsus.

L'autopsie montra qu'une anse d'intestin grêle était tombée dans l'ouverture du mésentère, mais l'obstruction n'a jamais été complète, ainsi qu'en témoignaient les symptômes. Une intervention complète et précoce aurait pu être suivie de succès.

L. I.

PERRIOL. — **Decubitus acutus et hystérectomie.** — (*Dauphiné médical*, *Mars* 1902).

Il s'agit d'un cas de gangrène de la peau de la région sacrée chez une femme de 49 ans opérée pour un fibrome volumineux du corps de l'utérus et un gros kyste de l'ovaire droit. La guérison fut apyrétique : mais, à partir du 3e jour débutent dans la région sacrée des phénomènes de rougeur, d'anesthésie cutanée qui aboutissent à une escharre cutanée, puis à la formation d'un vaste abcès de la fesse droite. Cette complication guérit avec retour de la sensibilité. L'auteur l'attribue à des troubles trophiques provoqués par la section de certain filet du sympathique et du plexus hypogastrique.

L. J.

R. PICHEVIN. — **Des parotidites consécutives à l'ovariotomie.** — (*Semaine gynécologique*, 17 *juin* 1902.)

On connaît depuis longtemps les relations qui existent entre la parotide et les troubles de la sphère génitale et, en particulier, les inflammations siégeant dans le petit bassin. L'auteur croit que la parotidite observée à la suite de l'ovariotomie avec une fréquence variable, de 2 à 10 p. cent suivant les auteurs, est devenue plus rare depuis les progrès réalisés dans la technique de l'opération et dans les soins aseptiques pendant et après l'intervention. Ces parotidites sont dues soit à la propagation d'une inflammation buccale à travers le canal de Sténon, soit à la localisation d'un micro-organisme pathogène au cours d'une infection généralisée.

L'hypothèse de l'infection par le sang ou par la lymphe explique certaines inflammations parotidiennes.

La parotidite, qui peut se terminer par la mort, aggrave toujours la situation des malades et prolonge leur convalescence. Comme traitement préventif, faire l'antisepsie buccale avec une solution de chloral.

L. J.

THÉRAPEUTIQUE — CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE.

M. HIRAM N. VINEBERG. — **Nouvelle méthode opératoire pour les fistules recto-vaginales rebelles.** — (*Medical Record*, 7 *juin* 1902.)

Dans le cas rapporté, la malade avait été opérée plusieurs fois sans succès, et, en dernier lieu, la fistule s'était agrandie. Vineberg excisa alors la muqueuse rectale dans un point au-dessous de la fistule, attira la muqueuse en bas, et la sutura à la peau comme dans l'opération de Whitehead pour les hémorroïdes. Il excisa ensuite un pouce et demi de la muqueuse rectale. Puis il disséqua cette muqueuse de manière à l'attirer sans traction trop forte sur le bord entamé de l'anus. La muqueuse fut alors suturée à la peau par un certain nombre de fils de catgut et par des sutures profondes au crin de Forence. La plaie guérit par première intention et depuis l'opération, la malade est débarrassée de tous les symptômes du côté du rectum. Il est important, d'après l'auteur, de ne pas trop tirer sur la muqueuse, afin que les sutures ne lâchent pas.

L. J.

FRED. J. MELANN. — **Cas de fistule vésico-vaginale, traitée par une méthode supposée nouvelle.** — (*Brit. med. J.*, 17 *mai* 1902).

L'opération décrite a consisté à séparer librement la vessie de l'utérus et de la paroi vaginale, en prenant un lambeau en forme d'U sur le col, et à l'affronter sur la fistule. Le principe est de faire les sutures transversalement sur la vessie et dans une direction longitudinale les sutures de la paroi vaginale. Après l'opération, on pratiquait le cathétérisme toutes les quatre heures jusqu'à ce que l'opérée urinât naturellement.

L. J.

M. J.-R. GOFFE. — **Opération vaginale pour la stérilité non compliquée.** — (*Amer. med. Assoc.*, 12 *juin* 1902.)

Dans cette communication, l'auteur attire l'attention sur les cas de stérilité dans lesquels il n'y a pas d'autre symptôme. Il divise les cas de stérilité chez la femme en extra-péritonéale et intra-péritonéale et prétend que la stérilité peut être mécanique, pathologique, ou les deux à la fois. Avant d'entreprendre un traitement radical chez la femme, il est nécessaire d'examiner le mari. Une femme peut être stérile, sans avoir aucun symptôme de maladie pelvienne. Dans ces circonstances, l'auteur pense qu'on est autorisé à pratiquer la laparotomie vaginale. Il cite quatre cas dans lesquels, par l'opération vaginale, il trouva les trompes de Fallope fermées et des kystes des ovaires. Les kystes furent facilement ouverts et il fut possible de supprimer l'obstruction des

trompes. Dans un cas, le col était resté infantile, on le dilata et on curetta l'utérus. De ces quatre cas deux furent suivis de grossesse. Ces cas montrent qu'on peut ouvrir la cavité péritonéale pour remédier à la stérilité. Lorsque les causes d'adhérence ont été supprimées, les adhérences disparaissent d'elles-mêmes ; une incision exploratrice permet d'y remédier.

L. J.

LOVIOT. — **Traitement de la congestion utérine chez les arthritiques.** — (*Soc. obst. de France., avril* 1902).

M. Loviot conseille dans les cas de conception, de grossesse, de suites de couches et dans la ménopause chez les arthritiques de vider complètement l'intestin avec de grands lavements huileux donnés avec une longue canule, de prescrire l'exercice au grand air, les alcalins et le régime lacté et végétal.

L. J.

G. GROSS. — **Le chlorure de calcium dans la métrite hémorrhagique.** — (*Revue médicale de l'Est,* 15 *mai* 1902.)

L'auteur relate d'abord trois observations d'hémorrhagie utérine traitée par le chlorure de calcium dans le service du prof. Weiss ; ces observations sont rapportées dans la thèse de Bertignon. Deux autres observations inédites ont trait à deux jeunes femmes, atteintes toutes deux de métrite hémorrhagique, traitées de la même façon. Les résultats obtenus ont été très encourageants ; dans les quatre observations de métrite hémorrhagique, le succès a été quatre fois complet et rapide. Le traitement par le chlorure de calcium est beaucoup plus simple que le curetage utérin qui nécessite le séjour au lit pendant quelques jours et il y a tout intérêt à l'essayer auparavant.

Quant aux hémorrhagies dues à un cancer inopérable du col de l'utéus, le curetage les arrête le plus souvent, pour un certain temps, mais parfois on pourra, si l'hémorrhagie n'est pas trop abondante, ou bien si elle récidive après un ou plusieurs curetages, employer également le chlorure de calcium. Ce traitement très simple pourra suffire à lui seul, sans curetage, à arrêter ces hémorrhagies ou à les diminuer notablement.

On peut sans inconvénient, pour obtenir une hémostase prolongée, continuer très longtemps l'ingestion de chlorure de calcium, car le médicament s'élimine bien et il n'y a pas d'accumulation à craindre. On devra seulement modérer son emploi dans les cas d'affection rénale.

Dans la métrite hémorrhagique, quatre ou cinq jours de traitement suffisent en général. Il sera prudent de conseiller aux malades de prendre la potion de chlorure de calcium, au moment de l'époque menstruelle, pendant la durée de cette période et les deux ou trois jours qui suivent. En résumé, ce traitement facile peut rendre des services dans la métrite à forme hémorrhagique, en arrêtant, dans quelques cas, complètement et rapidement tout écoulement sanguin.

L. J.

L. Lienevitch. — **Emploi de la térébenthine dans les métrorragies.** — (*Meditz. Obozrenié*, 1902, *f.* 6, *p.* 506).

L'auteur recourt depuis cinq ans à ce mode de traitement et croit pouvoir affirmer que, dans un bon nombre de cas, il peut rendre de réels services, soit en arrêtant la métrorragie définitivement, soit en permettant par l'amélioration passagère, mais sensible, de gagner un peu de temps et de mieux préparer la malade pour l'intervention radicale.

Son application est très facile, simple, pouvant être faite partout. Elle consiste à introduire, dans la cavité utérine préalablement dilatée s'il y a lieu, un bout de gaze iodoformée trempée dans de la térébenthine rectifiée et non exprimée : la mèche doit être assez longue pour remplir toute la cavité utérine. — La mèche est enlevée au bout de 2 à 6 heures, dès que la malade accuse des douleurs vives. S'il s'agit de malades de polycliniques, on leur fera prendre, avant de les renvoyer chez elles, une cuillerée à café de teinture d'ergot de seigle.

Quel que fût le volume de la cavité utérine et partant la quantité de térébenthine introduite, jamais l'auteur n'a observé le moindre trouble secondaire.

Ce traitement a donné des résultats particulièrement satisfaisants dans les fibromes interstitiels, les métrorragies de la ménopause, dans tous les cas où le curetage est resté sans effet.

Mme El.

Ludwic Pincus. — **De la castration utérine atmocaustique dans l'hémophilie.** — (*Centrabl. für Gynäk.*, 31 *mai* 1902, n° 22.)

Il résulte des travaux de Börner Stumpf, V. Limbeck et autres que l'hémophilie chez la femme est beaucoup plus fréquente, qu'on ne croyait autrefois, non pas le purpura hémorrhagique, la malade de Werlhof, mais l'hémophilie proprement dite. On a publié un certain nombre de cas de mort par hémorrhagie chez des jeunes filles à la première menstruation ou à une suivante, chez des hémophiles à la suite d'un curettage.

Dans ces cas, l'atmokausis constitue une thérapeutique efficace.

L'auteur fait d'abord remarquer qu'une jeune fille hémophile ne peut pas se marier, et dès lors le traitement par l'atmokausis, même amenant une oblitération de la cavité utérine, ne se trouve pas contre-indiqué par des considérations touchant le mariage possible des malades.

Dans les cas d'hémophilie légère, il suffit d'appliquer l'atmokausis sans chercher à obtenir l'oblitération de la cavité utérine, et les hémorrhagies deviennent peu abondantes ; la fonction utérine continue normalement. L'oblitération de l'utérus ne doit être recherchée que s'il y a danger de mort.

Une fois l'âge de la puberté passé, l'atmokausis avec oblitération utérine est indiqué dans deux cas.

1° Dans l'état puerpéral, s'il y a des hémorrhagies graves et si les hémorrhagies de l'enfant (emphalorrhagie, melœna) montrent que la diathèse est héréditaire ;

2° Dans la ménopause, sans aucune considération.

Quand il s'agit d'hémorrhagies puerpérales, d'hémorrhagies tardives ou postabortives chez des femmes hémophiles, il faut autant

que possible chercher à conserver la fonction de la muqueuse utérine et cela pour trois raisons.

1° Parce que la diathèse diminue de gravité avec l'âge ;

2° Parce que son intensité va en s'atténuant d'une génération à l'autre.

Et, enfin, parce qu'il est toujours possible d'appliquer le traitement de bonne heure, si plus tard les hémorrhagies menacent de se produire.

M. B.

KOZLENKO. — **Application de la vapeur en gynécologie.** — *Th. de Moscou*, 1902.

Se basant sur des expériences sur des chiennes et sur des observations cliniques faites dans le service du professeur Sneghiriov, l'auteur conclut que la vaporisation ou l'application intrautérine de la vapeur constitue un moyen très efficace contre les hémorragies qui se trouvent sous la dépendance de diverses variétés de métrites, de la subinvolution ou de la période climatérique. De même dans le cancer utérin inopérable la vapeur constitue un bon palliatif.

Si, au lieu de 20 ou 30 secondes, l'application de la vapeur dure une minute, la température étant de 110-115°, on obtient l'oblitération. Cette dernière est indiquée dans les hémorragies de la ménopause et les métrites catarrales séniles, rebelles à tout autre traitement. On peut également recourir à l'oblitération dans le but de provoquer la stérilité (une observation du professeur Sneghiriov), ce moyen assez inoffensif pouvant suppléer la castration ou l'hystérectomie.

Dans les annexites et paramétrites suppurées, dans tous les processus pelviens aigus, la vaporisation est contre-indiquée.

Le plus souvent une seule application de vapeur à la température de 100-105, pendant 5 à 15 secondes, à la pression de 2 atmosphères, suffit pour supprimer les leucorrhées, les sécrétions fétides, les métrorragies. L'application ne doit être répétée qu'après un intervalle de 6 à 14 jours, c'est-à-dire après la chute de l'escarre.

L'application est absolument indolore ; mais on doit protéger les parois vaginales contre leur brûlure possible ; il suffit pour cela, de couvrir la pointe du thermocautère de tubes en caoutchouc épais ou en étoupe comprimée.

Mme EL.

BLAND-SUTTON. — **Traitement de la rétroversion invétérée de l'utérus.** — (*The Polyclinic, juin* 1902).

Pour l'auteur, le véritable traitement de la rétroversion ancienne est l'hystéropexie, qui permet de réduire l'utérus dans sa position normale. Loin d'empêcher la grossesse, l'opération la favorise plutôt, tandis que la grossesse elle-même est un des meilleurs moyens de combattre la rétroversion chronique de l'utérus. Bland-Sutton admet que certaines rétroversions ne déterminent pas de symptômes, ce qui s'expliquerait par ce fait que la flexion utérine n'est pas accompagnée de déplacement des ovaires. Lorsqu'au contraire, il y a de la douleur ou d'autres troubles pelviens, il est certain qu'un ou que les deux ovaires ne se trouvent pas dans leur position normale. Dans quelques cas le

déplacement d'un ovaire augmenté de volume est le premier phénomène, la retroversion utérine étant alors une conséquence de ce déplacement, tandis que, dans d'autres cas, l'ovaire est entraîné en bas par la situation anormale de l'utérus. M. Bland-Sutton décrit aussi les modifications qui sont la conséquence de ces déplacements, en faisant ressortir comment l'utérus ramolli d'une multipare peut s'altérer dans sa forme et contracter des adhérences avec les parties voisines. Par suite des obstacles apportés dans la circulation, l'ovaire peut devenir œdémateux ou sa capsule peut s'épaissir. L'auteur décrit les différents temps de l'hystéropexie et critique l'usage des pessaires comme étant une pratique inutile ou nuisible.

L. J.

F. STAHLER (Siegen). — **Incision antérieure de l'utérus et du vagin suivant Rühl pour dystocie créée par une vagino-fixation profonde avec énucléation de fibromyome et opération plastique du col** — (*Centralb. für Gynäk.*, 15 *février* 1902, n° 7.)

En janvier 1900, la femme R... avait été opérée par Rühl. Elle présentait des indurations cicatricielles paramétritiques et périmétritiques, fixant l'utérus en rétroflexion, avec ectropion considérable du col. Dans la paroi antérieure de l'utérus, se trouvaient deux petits fibromyomes, dont l'un, du volume d'une noisette, remplissait presque toute la paroi. L'opération consista en une mobilisation pénible de l'utérus, avec section de nombreux tractus perimétritiques. Au col, opération plastique étendue avec excision d'indurations cicatricielles profondes du parametrium; énucléation des deux fibromyomes avec suture des loges; enfin vagino-fixation profonde de l'utérus.

Cette femme avait accouché l'année précédente pour la première fois. L'extraction avait été faite à l'aide du forceps avec une dilatation incomplète du col.

Après l'opération la femme redevint enceinte.

Depuis trois semaines elle était à terme et ressentait de petites douleurs. Quand l'auteur la vit, elle était depuis 28 heures en proie à des douleurs violentes et fréquentes. La sage-femme ne pouvait atteindre le col. Il y a 10 heures, rupture des membranes. Six heures après, un médecin appelé fit un examen; le col ne pouvait être atteint qu'à l'aide de deux doigts. Diagnostic de la présentation impossible, probablement un siège. Depuis la rupture des membranes, les douleurs avaient cessé.

En l'examinant le 28 novembre à 5 heures de l'après-midi, l'auteur trouve que la paroi cervicale antérieure persiste entière et dure; la paroi postérieure, plus courte de moitié, était plus molle. Présentation du siège en première position. Bassin normal. Le fond de l'utérus retombait notablement en avant. On introduit avec difficulté un ballon dans l'utérus; on le remplit avec 350 grammes d'une solution faible de lysol; on fixe au col du ballon un appareil à traction, en même temps qu'à l'aide de serviettes, on maintient l'utérus en haut. Deux heures après, fortes douleurs; 5 heures après, on constate que la dilatation n'a guère progressé et seulement aux dépens de la paroi cervicale postérieure; la paroi antérieure est sans changement. On attend encore deux heures; l'état reste stationnaire. On se décide alors à intervenir. Après anesthésie et les précautions antiseptiques d'usage, on introduit une grande

valve de Simon; à l'aide de pinces on tire la lèvre antérieure du col en avant. Puis, sous le contrôle du doigt, on place un double fil au milieu de la lèvre antérieure, les deux fils étant distants d'environ 1 cent. 1/2 et laissés très longs. On noue ces deux fils à l'aide desquels on continue à maintenir le col en bas. A l'aide de ciseaux on sectionne progressivement de bas en haut la paroi utéro-vaginale antérieure entre les deux fils jusqu'au-dessus de l'orifice interne, au niveau de l'insertion de la vessie, où l'on trouve des tissus particulièrement durs. Il fallut renoncer à décoller la vessie pour prolonger l'incision, dans la crainte de léser la vessie.

On abaisse alors un pied de l'enfant et on exerce sur lui une traction modérée continue. Le siège et le tronc passent facilement; les bras élevés sont assez difficilement abaissés et dégagés; mais il fut impossible de faire passer la tête volumineuse et dure de cet enfant plus qu'à terme à travers le col résistant et artificiellement élargi. On fit la perforation et l'extraction se fit difficilement. Du 4e au 6e jour la température de la femme oscille autour de 38° avec un peu de fétidité des lochies. En examinant la femme au 9e jour, on constate que les lèvres de l'incision restent écartées dans le haut jusqu'à environ 3 centimètres de l'orifice externe. On propose de surseoir à l'avivement et à la suture de cette incision.

L'auteur, sans nier que la vagino-fixation puisse, à elle seule, amener une dystocie semblable, pense que, dans ce cas, les cicatrices résultant de l'énucléation des myomes ont joué un rôle prépondérant.

Quant au traitement de cette dystocie, l'auteur estime que le procédé employé, conseillé par Rühl, est le meilleur et préférable à la section césarienne. Il permet d'extraire par les voies naturelles un enfant vivant, quand cet enfant n'est pas, comme dans le cas ci-dessus, particulièrement gros et ayant dépassé le terme.

M. B.

A. Catterina (Camerino). — **De l'hystéro-kataphraxis.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 28 *juin* 1902, *n°* 26.)

L'auteur désigne, sous le nom de kataphraxis, une opération déjà décrite par lui, en 1900, à la Société de chirurgie d'Italie, qui a pour but d'enfermer les organes ectopiés et de les fixer dans une sorte de treillis métallique. Il a d'abord fixé un rein de cette façon; il vient de le faire pour l'utérus.

On fait une laparotomie à gauche de la ligne blanche, comme pour l'hystéropexie ordinaire. On attire l'utérus entre les lèvres de l'incision et, à la hauteur de son tiers inférieur on fait passer un fil métallique (or ou argent) à travers les différentes couches de la paroi abdominale, à l'exception de la peau, puis, à travers le ligament large, près et derrière l'utérus; le fil réapparaît sur l'aponévrose, du côté opposé, et décrit, de ce côté, le même chemin en sens opposé que du côté de l'introduction.

On fait passer un second fil parallèlement au premier, immédiatement au-dessous de l'insertion des ligaments ronds.

On peut lier les fils avant ou après la suture de la paroi. Cette ligature peut aussi se faire sur les côtés de la suture abdominale.

Un fil peut suffire; si l'on en met deux, on réunit les extrémités du

fil supérieur aux extrémités de l'inférieur, de chaque côté des sutures abdominales, sans qu'elles croisent celles-ci.

Si l'appareil cause une gêne, on peut l'enlever à l'aide d'une petite incision cutanée.

M. B.

KRÖNIG (Leipzig). — **De l'incision médiane de l'utérus dans l'hystérectomie totale vaginale et abdominale.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 18 janvier 1902, n° 3.)

L'auteur a eu, dans ces derniers mois, 32 fois l'occasion de pratiquer l'incision médiane de l'utérus dans l'hystérectomie totale, 25 fois par la voie vaginale, 7 fois par l'abdomen. Il s'agissait : 1° d'inflammations chroniques des annexes, de poches salpingiennes suppurées ; 2° de prolapsus complet de l'utérus et du vagin ; 3° d'hémorrhagies de la ménopause et par endométrite, ayant résisté aux autres traitements ; 4° de myome utérin ; 5° de carcinome utérin (2 cas) ; 6° une fois, il s'agissait de l'ablation par le vagin d'un kyste ovarique, et une fois de l'ablation par le vagin d'une trompe gravide chez une femme près de la ménopause.

Sur 32 cas, il y eut un décès, se rapportant à une femme de 51 ans, ayant de violentes hémorrhagies de la ménopause, et très anémiée. Durant l'opération la plaie vaginale saignait beaucoup. Il fallut lier chaque petit vaisseau, ce qui prolongea beaucoup la durée de l'opération. Elle dura 1 heure un quart. Avant l'opération, le pouls était entre 100 et 130. Après l'opération, il ne se releva pas. La température resta entre 37 et 38.4. La femme mourut le 17e jour. Il n'y eut pas d'autopsie.

Chez toutes les autres opérées, les suites furent normales. Le plus court séjour à la clinique fut de 12 jours, le plus long de 37 (certaines femmes restent un temps assez long après leur guérison, devant entreprendre un assez long voyage pour rentrer chez elles)

Jamais il n'y eut la moindre lésion de la vessie, des intestins ou des uretères, bien que, dans certains cas, il y eut de nombreuses adhérences avec l'utérus ou la tumeur annexielle.

L'avantage principal de l'incision médiane est de faciliter la libération de l'utérus et des annexes d'avec leurs adhérences. Dans des cas d'inflammation ou de tumeur des annexes, l'auteur a opéré 10 fois par la voie vaginale et 5 fois par la voie abdominale : dans ces 5 cas, 4 fois un myome compliquait la lésion des annexes.

Dans l'hystérectomie vaginale, l'incision médiane de l'utérus est surtout avantageuse quand l'utérus est largement adhérent dans le Douglas. On commence par fendre la paroi cervicale postérieure, et par fixer une pince de Segond dans chaque lambeau. On abaisse et on continue la section de bas en haut, en pinçant toujours plus haut et en abaissant de plus en plus ; on rend ainsi visibles même les adhérences du fond de l'organe. Quand la paroi antérieure de l'utérus a été également sectionnée, on a dans chaque moitié de l'organe une prise solide pour amener les annexes à la vulve et les libérer de leurs adhérences. Par ce procédé on opère facilement des poches suppurées, qu'on attire à la vulve, où on peut les vider, sans infecter le péritoine. L'auteur a opéré de même un cancer de l'ovaire droit gros comme le poing.

L'expérience personnelle de l'auteur lui permet de confirmer les avantages que Kelly reconnaît à la section médiane de l'utérus dans l'hystérectomie abdominale.

Dans l'extirpation totale de l'utérus et d'une partie du vagin pour prolapsus total, l'incision médiane présente deux avantages principaux : d'une part, elle facilite la découverte du plica vésico-utérina malgré l'élongation du col qui accompagne habituellement le prolapsus; en second lieu, elle facilite le décollement de la paroi vaginale antérieure et de la paroi vésicale jusque presque à l'orifice de l'urèthre.

M. B.

M. Mc Cosh. — **Myomectomie et hystérectomie.** — (*Amer. surg. Assoc.*, 5 *juin* 1902.)

La gynécologie a été la dernière branche de la chirurgie à devenir conservatrice. Il y a six ans, la proportion des myomectomies aux hystérectomies était comme 1 : 5. Peu à peu, cette proportion s'est abaissée et, aujourd'hui, les opérations conservatrices sont doubles des autres. Sauf pour les cas où les fibromes peuvent compromettre l'existence, on leur oppose la myomectomie. La situation, le volume et le nombre de ces tumeurs n'ont pas grande influence sur le pronostic. M. Cosh a enlevé des fibromes pesant dix livres, et plus, et il a énucléé d'un seul utérus plus de vingt petites tumeurs. La technique repose entièrerement sur l'incision libre des deux parois de l'utérus que l'on fend depuis le fond jusqu'au voisinage du col, sur l'incision des capsules entourant les tumeurs et leur rapide énucléation. L'utérus suturé reprend sa forme normale. On doit épargner les cornes et le canal utérin autant que possible. Pendant quelques jours, la température se maintient à un degré plus haut que dans l'hystérectomie, ce qui tient à un léger degré d'infection ou peut-être au choc. L'auteur a opéré 32 de ces cas, et dans 27, la menstruation est redevenue normale. Sur les 32 cas, trois ont eu des grossesses ultérieures, ce qui aurait été absolument impossible avant l'opération.

M. Macdonald. — **Hystérectomie sus-vaginale au point de vue technique.** — (*Amer. surg. Ass.*, 5 juin 1902).

Macdonald prétend que, sauf dans quelques cas rares, l'opération sus-vaginale comme elle a été d'abord pratiquée par Kimball, est préférable à toute autre. Beaucoup de tumeurs existent qui ne déterminent aucun symptôme : on ne doit pas y toucher, sauf lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes. La voie abdominale est particulièrement indiquée dans le traitement des cas où il y a eu antérieurement des abcès et évacuation spontanée, ou après incision dans la vessie, le vagin ou le rectum. Dans l'opération de l'hystérectomie, il y a plusieurs points à prendre en considération : les artères utérines et ovariennes, les ligaments ronds et les uretères. La méthode de Kelley pour enlever l'utérus, excellente en beaucoup de cas, n'est pas applicable dans certains cas.

M. Newmann. — **Hémostase du ligament large.** — (*American med. Assoc.*, 10 *juin* 1902.)

L'auteur préconise le pincement du ligament large avec une pince qui donne une pression de mille livres. On peut appliquer une ligature

sur les gros vaisseaux à proximité et on retire alors la pince. Cette méthode laisse moins de chance à l'infection et il n'y a pas de rétraction du moignon. Pour Palmer Dudley, l'écrasement du ligament large prévient les hémorrhagies, mais lèse les nerfs et les lymphatiques, et les hémorrhagies secondaires peuvent survenir avec la même fréquence. La méthode peut égalcment, d'après lui, causer le tétanos, la péritonite, une infection. Mais, Newmann répond que l'instrument simplifie la besogne, que les ligatures sont plus petites et que le danger d'infection est moins grand. Quant au tétanos, c'est une infection et non une conséquence de la lésion des nerfs.

L. J.

MICHIN (Charkow). — **Du traitement opératoire de l'utérus myomateux gravide.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 21 *juin* 1902, n° 25.)

Observation : Femme de 35 ans, réglée à 16 ans, régulièrement. Depuis qu'elle s'est mariée, il y a 9 ans, la menstruation est devenue douloureuse et abondante. En mai 1901, hémorrhagie pendant 8 semaines. Dernières règles le 10 septembre 1901. Durant la grossesse, dysurie. Au palper on diagnostique un fibrome sous-séreux du volume d'un œuf de canard, siégeant à droite au fond de l'utérus. A la face postérieur de la matrice, on sent un deuxième noyau dur du volume du poing. Le toucher fait reconnaitre la tête fœtale en bas; à l'auscultation on entend le souffle utérin et les bruits du cœur fœtal.

L'urine renferme de l'albumine, des cylindres hyalins et des éléments provenant des reins.

Diagnostic : fibromyomes de l'utérus gravide compliqués de néphrite. Cette néphrite ne permettait pas d'attendre le terme de la grossesse pour faire alors la section césarienne.

Opération le 6 février : Anesthésie à l'aide du mélange de Schleich. Incision sur la ligne blanche, ligature des vaisseaux utérins; l'utérus est sectionné un peu au-dessus de l'orifice interne, ce qui enlevait le myome cervical. L'ovaire droit, petit, en dégénérescence microkystique fut enlevé ; l'ovaire gauche normal fut laissé en place. Le pédicule fut recouvert de péritoine et enfoui.

Les suites furent bonnes. Trois semaines après l'opération, l'urine ne renfermait plus que des traces d'albumine.

L'opération se trouvait indiquée par la tumeur, siégeant un peu au-dessus de l'orifice interne. La néphrite aiguë était la cause décisive immédiate.

Le noyau supérieur était un myome simple ; l'inférieur était désigné, par le professeur Melnikow-Raswedenkow, myosarcoma, myxomatodes lymphangiectatieum papilliferum. Cette tumeur étant maligne, s'il survient une récidive, il faudra extirper le pédicule par le vagin.

M. B.

L. ARCHIBALD DONALD. — **Extirpation de l'utérus pour des polypes.** (*Soc. de gyn. et d'obst. du Nord de l'Angleterre*, 18 *avril* 1902.)

L'auteur montre un utérus extirpé par le vagin chez une femme de 47 ans pour des polypes récidivants implantés sur la paroi cervicale du col. L'hystérectomie fut faite en raison des hémorragies et de la possi-

bilité de la nature maligne de l'affection. La malade a guéri. Les tumeurs étaient de simples polypes.

L. J.

M. G.-C. THOMAS. — **Résultats éloignés de l'hystérectomie supra-vaginale pour fibromes.** — (*The Lancet*, 1er *février* 1902.)

L'auteur a pu suivre pendant cinq ans l'état de santé de 101 femmes qu'il opéra pour des fibromes par l'hystérectomie sus-vaginale, et signale les faits suivants. Dans tous les cas, l'opération a été utile à toutes ces femmes qui, ayant recouvré leur aptitude au travail, reconnaissent elles-mêmes le bénéfice de l'opération. L'hystérectomie sus-vaginale, par elle-même, ne cause aucune prédisposition à la folie et chez certaines de ses malades, M. Thomas ne remarqua qu'un certain affaiblissement de la mémoire. La douleur et les pertes consécutives à l'opération, furent légères; les fonctions de l'intestin et de la vessie ne furent nullement troublées, et les sensations sexuelles ne furent généralement pas abolies.

Les statistiques démontrent clairement qu'il est préférable de laisser à la femme un ovaire, mais que l'importance de cet organe diminue suivant que la malade approche de la ménopause.

L. S.

L. SEELIGMANN (Hamburg). — **Extirpation vaginale par morcellement d'un myome utérin sous-muqueux du volume d'une tête d'enfant, durant la grossesse.** — *Centralb. für Gynäk.*, 24 *mai* 1902, n° 21.

Femme de 34 ans, ayant eu trois accouchements et deux fausses couches de cause inconnue. En juin de l'année dernière, les règles ne vinrent pas à l'époque attendue; mais il y eut plus tard des hémorrhagies atypiques assez abondantes. En juillet, à l'examen on constate une augmentation du volume de l'utérus; le volume était celui d'un utérus de 3 à 4 mois de grossesse, bien que la grossesse ne dût remonter qu'à 4 semaines. Un mois plus tard, en août, hémorrhagie très violente; on trouve l'orifice utérin dilaté de la largeur d'une pièce de 5 fr. et, dans cet orifice, on sent le pôle inférieur d'un myome volumineux, dur, sous-muqueux. Tamponnement et transport à la clinique. Malgré le tamponnement, la perte avait continué; la femme était sans pouls; on la ranime à l'aide d'eau salée en injections. Cinq jours après, l'état général étant meilleur, on procède à l'opération. L'orifice s'était encore dilaté; la tumeur fut morcelée jusqu'à ce qu'on ait atteint sa base dans la paroi postérieure de l'utérus. La tumeur enlevée, il n'y avait pas à songer, pour assurer l'hémostase, à suturer la loge de la tumeur qui arrivait presque jusqu'au fond de l'utérus, lequel était au niveau de l'ombilic. On se contenta d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Le 6e jour, le thermomètre étant monté à 38°, on enleva le tamponnement. Au bout de 3 semaines, la malade put quitter la clinique en parfaite santé. Les règles ne revinrent pas et en décembre on constata dans l'utérus un fœtus vivant, qui vint au monde, le 2 mars 1902, spontanément, après 36 heures de travail.

M. B.



S. Mikhnov. — **Traitement chirurgical des fibromes de l'utérus.** — (*Rous. Wratch.*, 1902, n° 13).

L'auteur trouve qu'on a tort de préférer la voie vaginale à la voie abdominale. Dans cette dernière on ne court pas le risque de laisser des organes malades tout en ayant en même temps la possibilité de pratiquer largement la chirurgie conservatrice dans tous les cas où cela est possible de par l'étendue des lésions; on court moins le risque de léser les organes voisins, on arrête plus facilement les hémorrhagies. L'opération dure le plus souvent moins que dans les interventions vaginales, et la malade absorbe par conséquent moins de chloroforme, ce qui est surtout important lorsqu'il s'agit de femmes anémiées, épuisées, plus ou moins cachectisées. Les interventions par voie abdominale permettant, dans une plus large mesure, des opérations conservatrices, elles exposent moins les femmes aux troubles directement imputables à la castration et à la ménopause précoce. Enfin, dans l'hystérectomie sus-vaginale, le cul-de-sac vaginal reste intact, ce qui est très important; le moignon permet au vagin de garder sa forme et sa dilatabilité; une cicatrice vaginale est parfois très douloureuse et quelques auteurs l'incriminent parfois comme pouvant être cause du rétrécissement ultérieur des uretères.

L'auteur recommande la technique appliquée dans le service du prof. Fenomenov et qui lui a toujours donné d'excellents résultats : ses particularités sont les suivantes :

La malade étant endormie on commence par faire passer dans la cavité utérine un courant de vapeur pendant 45 secondes ou, à son défaut, on cautérise le moignon au thermocautère. L'artère utérine est liée séparément.

Si les annexes sont intactes elles sont toujours conservées.

Le moignon est couvert de deux lambeaux péritonéaux (antérieur et postérieur) et on tâche de laisser dans la cavité addominale le moins possible de surfaces cruentées (ruptures d'adhérences) non tapissées de lambeaux péritonéaux.

Mme El.

Jacobs. — **Abouchement dans l'S iliaque d'un uretère sectionné au cours d'une hystérectomie abdominale.** — (*Bull. de la Soc. Belge de gyn. et d'obst.*, 1902-1903.)

Au cours d'une hystérectomie abdominale faite chez une femme de 51 ans pour un cancer de l'utérus, l'opérateur aperçut, entre les feuillets du ligament large droit évidé, l'uretère droit, animé de mouvements péristaltiques propres et laissant sourdre l'urine par jets intermittents. Une boutonnière fut pratiquée dans l'S iliaque, dans laquelle l'uretère fut suturé. Les sutures urétéro-intestinales furent recouvertes d'un lambeau de péritoine de façon à extérioriser l'organe. La malade guérit sans accident. Cet abouchement de l'uretère dans l'intestin n'entraîna aucun inconvénient sérieux. Il se produisit seulement des selles journalières liquides alors que la malade était auparavant très constipée.

L. J.

QUÉNU. — **Sarcome de l'utérus, résection d'une anse intestinale adhérente : hystérectomie abdominale, guérison.** — (*Soc. de chir.*, 9 *avril* 1902.)

M. Quénu lit une observation dans laquelle la malade présenta d'abord les signes rationnels d'un fibrome, puis ceux d'une tumeur maligne de l'utérus. A l'opération, il fallut reséquer 15 centimètres d'intestin grêle adhérent et faire une entéro-anastomose consécutive. D'après M. Quénu, il faudra rechercher, dans chaque observation de sarcome utérin, d'après la texture et la clinique, s'il s'agit de tumeurs secondaires ou primitives.

L. J.

E. WERTHEIM (Vienne). — **Résultats d'une 3e série de trente opérations de cancer utérin.** — *Centralb. für Gynäk.*, 8 *mars* 1902, *n°* 10.

L'auteur publie un résumé des résultats des trente dernières opérations sur 90 faites pour cancer de l'utérus.

La mortalité a considérablement diminué.

Dans la première série, il y avait 12 cas de mort, dans la seconde 5, dans celle-ci 3; un cas par embolie pulmonaire au 6e jour, un cas par schock chez une cachectique, et le 3e par péritonite. Et cependant les indications opératoires avaient été étendues. Dans la première série le chiffre des opérables était de 29,2 °/o, dans la seconde série de 40 °/o, cette fois il atteint 52,9 °/o. Souvent l'impossibilité d'opérer n'a été reconnue qu'après ouverture de l'abdomen : 3 fois par une hypertrophie de l'uretère gros comme le pouce, le cancer de l'urétère ayant amené de la rétention, 2 fois par cancer de la vessie, 1 fois par noyaux cancéreux disséminés dans le péritoine. Un grand nombre de ces 30 cas étaient constitués par des cancers très étendus, 15 fois sur 30, à l'examen clinique on reconnut que les conditions pour opérer radicalement par la voie vaginale n'existaient plus.

Les opérations étaient parfois compliquées. 1 fois il fallut reséquer 5 centimètres d'uretère, 1 autre fois un morceau du rectum. 3 fois il fallut enlever tout le vagin, 2 fois la moitié du vagin. D'autres fois l'uretère ou la vessie adhéraient au cancer, d'où libération difficile.

La durée de l'opération a varié d'une heure à 1 h. 1/2 (sutures comprises). La technique fut la même qu'avant. Elle n'a varié que sur la préparation des uretères; suivant l'idée de Feitel, l'incision du péritoine fut commencée en dehors de l'urétère et continuée de telle façon qu'elle croisait l'uretère au milieu de sa portion pelvienne, pour se terminer à son côté interne.

Il n'y eut que 2 fois une fistule urétéro-vaginale; 1 fois on fit la néphrectomie, l'autre opération est à faire. Dans les deux cas le paramètrium était cancéreux et l'uretère fixé.

Dans 22 cas on fit l'extirpation des ganglions lymphatiques de la région. 11 fois on trouva, à l'examen histologique, du cancer dans ces ganglions.

M. B.

TH. WEISS. — **Opération de Wertheim dans le traitement du cancer utérin.** — (*Soc. de méd. de Nancy*, 9 *avril* 1902.)

M. Weiss apporte l'observation d'une femme atteinte d'un cancer

utérin très avancé, qu'il a opéré, sur le désir formel de la famille, par le procédé de Wertheim. Ce procédé consiste dans une hystérectomie abdominale avec l'adjonction de certaines précautions qui en font une opération spéciale. Il consiste, une fois le ventre ouvert, à mettre à nu les uretères, en évitant de les dissocier, pour ne pas risquer de les nécroser. Puis on aborde en toute sécurité les ligaments larges, en s'efforçant d'enlever le tissu cellulaire du paramétrium. La vessie est isolée en avant, le rectum en arrière. On continue la dénudation sur le vagin, sans l'ouvrir, de façon à enlever celui-ci, qui est toujours malade. Finalement, deux pinces spéciales sont placées sur le vagin, et la tumeur, l'utérus et le vagin enlevés d'un bloc, comme un vase clos, sans que le péritoine puisse être contaminé par les sécrétions utérines. Enfin on termine en faisant la recherche des ganglions. M. Weiss, pour sa part, en a enlevé plusieurs et notamment un qui était adhérent à la veine iliaque externe et fut fort difficile à isoler. M. Weiss y a joint la ligature des deux artères hypogastriques, ce qui facilita l'hémostase des tissus péri-rectaux. Sa malade a guéri, et actuellement elle se trouve en bon état. Néanmoins, vu le cas avancé, la récidive est à craindre; et c'est surtout dans les cancers moins anciens, que l'opération permettra (comme pour les tumeurs du sein dont le pronostic est singulièrement changé), d'obtenir des résultats réellement heureux. On peut du moins l'espérer d'après les résultats obtenus par l'auteur du procédé.

M. Cushing. — **Opération pour cancer récidivant après hystérectomie.** — (*Amer. med. Ass.*, 10 *juin* 1902.)

L'auteur connait un grand nombre de récidives du cancer utérin. Après hystérectomie, cependant; beaucoup ont été opérées de nouveau avec succès. Il faut diagnostiquer de bonne heure la récidive et une opération radicale donne alors de meilleurs résultats. Il faut enlever les lymphatiques atteints. Après une opération, il est nécessaire de surveiller la malade par intervalles, afin d'intervenir aussitôt, en cas de récidive. L'auteur relate un cas dans lequel il fallut disséquer l'uretère et évider le bassin. La guérison dure depuis deux ans sans récidive. M. Kolischer distingue le cancer des régions supérieures de l'utérus, avec atteinte des annexes, du cancer de la région inférieure. Il y a ainsi deux hystérectomies, suivant que les annexes sont ou non enlevées. Le plus grand nombre des récidives a lieu avec lésion des annexes; la récidive ne se fait pas dans la cicatrice vaginale, à moins que l'opérateur n'ait laissé une trace de tissu malade.

MM. Marthen, Downes, Carstens et Fredericks ont prit part à la discussion sur le même sujet.

L. J.

A. Döderlein (Tübingen). — **De l'extirpation abdominale de l'utérus carcinomateux d'après le procédé de Wertheim.** — (*Centralbl. für Gynäk.*, 28 *juin* 1902, *n°* 26.)

Du 1er octobre 1897 au 1er janvier 1902, 9.240 malades se sont présentés à la clinique, sur lesquelles 313 étaient atteints de carcinome utérin, soit donc 3,4 %. Sur ce nombre, 172 étaient inopérables et, chez 141, on fit l'extirpation totale de l'utérus, soit donc 45 %, ce qui constitue un pourcentage relativement fort et explique les résultats immé-

diats peu satisfaisants. En effet, la guérison immédiate fut de 84 %, 16 % des opérées moururent, après l'opération, de complications diverses.

Actuellement, 54 opérées, soit 38 %, n'ont pas eu de récidive, chiffre analogue à celui d'autres opérateurs, mais qui ne correspond pas à celui des guérisons définitives, l'auteur exigeant qu'il se soit écoulé au moins 5 ans depuis l'opération.

Parmi les femmes guéries, 15 ont été opérées dans l'année 1897-98; donc, depuis plus de 3 ans, ces 15 cas représentent le tiers des opérées durant cette année, donc 33 % de guérisons définitives.

Les meilleurs résultats sont fournis par le carcinome du corps utérin, en seconde ligne, par le chou-fleur; le carcinome cervical est le plus défavorable.

Depuis environ un an, l'auteur a eu recours à l'hystérectomie abdominale avec extirpation des ganglions, suivant le procédé de Wertheim. Les cas favorables furent opérés par le vagin, les cas mauvais par l'abdomen. Jusqu'au 1er janvier 1902, l'auteur a fait cette opération 8 fois, et dans des cas très mauvais. Les résultats ne furent pas bons, puisque trois de ces huit femmes moururent des suites de l'opération, et l'auteur allait abandonner ce procédé opératoire, quand il eut l'occasion de voir Wertheim qui lui montra qu'il avait fait fausse route, et actuellement il ne saurait trop recommander le procédé de Wertheim. Il a même renoncé à faire la distinction des cas favorables ou non, et il opère tous les cas indistinctement par l'abdomen.

Depuis janvier 1902, l'auteur a fait 26 opérations en s'en tenant strictement aux règles qu'il a vu appliquer à Wertheim. Il a opéré sans s'occuper du siège ou de la gravité du cancer.

En tout, depuis janvier, 37 femmes s'étaient présentées à la clinique, atteintes de cancer. Les 26 cas opérables constituent donc 70 %. Certaines de ces femmes étaient profondément atteintes. Quatre femmes sont mortes à la clinique, deux sont mortes chez elles, sans doute par épuisement. Il reste donc 20 femmes vivantes.

L'auteur signale surtout, comme un grand progrès du procédé de Wertheim, de commencer l'opération par la mise à nu des urétères, ce qui permet d'éviter, plus sûrement, durant toute l'opération, la lésion de ces organes, même quand ils sont plongés dans un parametruim carcinomateux. Aussi ne faut-il dénuder les uretères que dans les limites où la chose est absolument indispensable, et, si l'on a des raisons pour prévoir que leur nécrose surviendra, l'auteur conseille de faire une résection de l'uretère, ou l'extirpation du rein correspond, quand l'autre rein peut suffire.

Dans les 26 cas, l'auteur n'a enlevé aucun ganglion; dans 8 cas, parce qu'il n'en a pas trouvé d'hypertrophiés; 18 fois il a enlevé des ganglions, et, sur ce chiffre, 7 fois, il y avait un ou plusieurs ganglions carcinomateux.

Döderlein fait remarquer qu'il importe de considérer non seulement le volume des ganglions, mais aussi leur consistance dure. Parfois, le centre de ces ganglions renfermait une véritable bouillie cancéreuse. Il estime que dans 1/3 des opérations, on trouvera des ganglions cancéreux, qu'on ne saurait atteindre par le vagin.

M. B.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VULVE ET VAGIN

Callender — **Epithélioma** de la **vulve.** (Edinburgh Obst. soc., 11 juin 1902, in Lancet, 21 juin 1902.)

Parmenide Ricci. — Sur les **kystes** de l'**hymen.** (Arch. ital. di gin., 30 avril 1902.)

Chaput. — **Absence** du **vagin,** avec présence de l'**hymen** : hématométrie. (Soc. de chir., 2 juil. 1902, in Presse med., 5 juil. 1902.)

Palmer Dudley. — **Fistule recto-vaginale.** (Amer. med. ass. 10 juin 1902 in Med., Rec. 14 juin 1902.)

Balacescu. — **Kyste** congénital du **vagin.** (Soc. de chir. de Bucarest, 8 mai 1902, in Rev. de chir. de Bucarest, juin 1902.)

Williams. — **Myomes** du **vagin.** (Lancet, 9 août 1902.)

Trillat. — **Arrachement** circulaire du **vagin.** (Soc. des scienc. med. de Lyon, juil. 1902, in Echo méd. de Lyon, 15 août 1902.)

Roncaglia. — **Furonculose** des **organes génitaux externes** de la **femme.** (Hôp. civ. de Mantoue, in Ann. de ost. e. gin. juil. 1902.)

UTÉRUS

Mann. — **Rétrodéviations** de l'**utérus.** (Amer. gyn., soc., 27 mai 1902 in Med. Rec., 7 juin 1902.)

Ricci. — **Prolapsus utéro-vaginal** chez une vierge. Hernie épiploïque inguinale gauche et crurale droite. (Clin. gyn. Spinelli, in. Arch. ital. de gin. 30 avril 1902.)

Hurtado. — **Utérus** subinvolué et en **rétroversion.** Endométrite. (Cron. med. mexicana, 1er juil. 1902.)

Richelot. — Les **métrites** des **arthritiques** nerveuses. (Journ. des Prat., 21 juin 1902.)

Hurtado. — Métro-annexite. **Pelvipéritonite** chronique. Rétroversion. Stérilité. (Cron. med. mexicana, 1er juillet 1902.)

Hurtado. — **Métrite** chronique scléreuse. Annexite double. Périmétrite. (Cron. med. mexicana, 1er juil. 1902.)

Cerné. — **Pyométrie.** (Soc. de Med. de Rouen, 21 juil. 1902. in Rev. med. de Normandie, 25 juil. 1902.)

Venot. — **Carcimone** du **corps utérin.** (Soc. d'obst., gyn. et péd. de Bordeaux, 24 juin 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 6 juil. 1902.)

Lanelongue. — **Carcimone** du **corps** de l'**utérus.** (Rev. mens. de gyn., obst. et péd. de Bordeaux, avril 1902.)

Poirier. — **Épithélioma** du **col utérin** au début, avec **adénite** para-

cervicale bilatérale. (Soc. de chir., 9 juil. 1902, in Presse méd., 16 juil. 1902.)

Michel et *Wilhelm*. — **Myome utérin** interstitiel suppuré. (Soc. de Méd. de Nancy, 23 avril 1902, in Rev. méd. de l'Est, 15 juin 1902.)

Pichevin. — **Gangrène** des **fibromes** interstitiels de l'**utérus**. (Sem. gyn., 1er juillet 1902.)

Reverdin (Aug.). — **Fibrome** utérin. (Soc. med. de Genève, 24 avril 1902, in Rev. méd. de la Suisse rom., 20 juin 1902.)

Ricci. — **Myofibrome** interstitiel de l'utérus. (Clin. gyn. de Spinelli, in Arch. Ital. di gin., 30 avril 1902.)

Ricci. — **Myofibrome utérin** interstitiel et sous-muqueux. (Clin. gyn. Spinelli, in Arch. Ital di gin., 30 avril 1902.)

Ricci. — **Grand fibromyome de l'utérus** à développement intrapelvien. (Clin. gyn. Spinelli, in Arch. Ital. di gin., 30 avril 1902.)

Ricci. — **Fibromyomes** très nombreux de l'**utérus**. (Clin. gyn. Spinelli. in Arch. Ital. di gin., 30 avril 1902.)

Ricci. — **Petit fibrome** du **col** pédonculé. (Clin. gyn. Spinelli, in Arch. Ital. di gin., 30 avril 1902.)

Petit et *Weinberg*. — **Fibrome utérin** pédiculé, remplissant la **cavité vaginale**. (Soc. anat., 4 juil. 1902, in Presse méd., 9 juil. 1902.)

Vitry. — **Fibromyome** utérin. (Soc. anat., 4 juil. 1902, in Presse méd., 9 juil. 1902.)

Turell. — Cas de **fibrome utérin** expulsé spontanément. (Inst. med. farm. de Barcelone, 15 avril 1902, in Rev. de Med. y cir., 25 juin 1902.)

Bouglé. — **Cancer** du **corps** de l'**utérus**. (Soc. anat., 27 juin 1902, in Presse, med., 2 juil. 1902.)

Polak. — Diagnostic précoce du **cancer utérin** : limites opératoires. (New York med. Journ., 19 juil. 1902.)

Delaunay. — **Utérus fibromateux** et kystique. (Soc. anat., 11 juil. 1902, in Presse méd., 19 juil. 1902.)

Ricci. — **Sarcome** de la **muqueuse utérine** avec métastase vaginale. (Clin. gyin. Spinelli, in Arch. Ital. di gin., 30 juin 1902.)

Chaigneau. — **Fibromes** sous-muqueux multiples de l'**utérus**. (Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux, 14 avril 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 20 juil 1902.)

Oui. — **Fibrome utérin** et **pyosalpinx**. (Soc. cent. de Méd. du dép. du Nord, 11 juil. 1902, in Echo méd du Nord, 20 juil. 1902.)

Burrage. — Lacérations du **col** de l'**utérus** et du plancher pelvien. (Amer. gyn. assoc., 27 mai 1902, in Méd. Rec., 7 juin 1902.)

Chaput. — **Hydrométrie** par atrésie du **col utérin**. (Soc. de chir., 2 juil. 1902, in Presse med., 5 juil. 1902.)

Ricci. — **Cancer** initial de la **cavité utérine**. (Clin. gyn. Spinelli, in Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

M'Lennan. — Examen digital de l'**endométrium**. (Soc. d'obst. et gyn. de Glasgow, 28 mai 1902, in Scot. med. and surg., Journ. juil. 1902.)

Spinelli. — Un cas de **prolapsus utérin** chez une vierge. (Soc. gyn. de Naples, 6 avril 1902, in Arch. Ital. di gin., 30 avril 1902.)

Ricci. — **Endométrite** et polype muqueux cervical. (Clin. gyn. Spinelli, in Arch. Ital. di gin., 30 juin 1902.)

Giuliano. — Un cas de **hernie** de l'**utérus rudimentaire**. (Clin. méd., 28 juil. 1902.)

ANNEXES

Hurtado. — Péri-métro-**annexite**. (Cron. med. mexicana, 1er juil. 1902.)

Hurtado. — Hystéro-épilepsie. Pelvi-métro-**annextie**-endométrite. (Cron. med. mexicana, 1er juillet 1902.)

Wierner. — **Kyste** de l'**ovaire intraligamentaire, pyosalpinx** et **appendicite**. (New-York acad. of med., 12 mai 1902, in Med. Rec., 28 juin 1902.)

Mouchotte. — **Kyste de l'ovaire** gauche à **pédicule** tordu. (Soc. anat., 13 juin 1902, in Presse méd. 18 juin 1902.)

Mouchotte. — **Kyste dermoïde** de l'**ovaire droit** à **pédicule** tordu. (Soc. anat., 13 juin 1902, in Presse méd. 18 juin 1902.)

Mouchotte. — **Kyste para-ovarien** droit à **pédicule tordu**. (Soc. anat., 13 juin 1902, in Presse méd. 18 juin 1902.)

Delassus. — **Kyste dermoïde** de l'**ovaire droit**. (Soc. des scienc. méd. de Lille, 10 juin 1902, in Journ. des scienc. méd. de Lille, 19 juil. 1902.)

Reuben Peterson. — **Fibromes** de l'**ovaire**. (Amer. Gyn. soc., 27 mai 1902, in med. Rev., 7 juin 1902.)

Hart. — **Tumeur dermoïde** de l'**ovaire**. (Soc. d'obs. d'Édinburgh, 11 juin 1902, in Scot. med. and surg. Journ., juil. 1902.)

Fabozzi. — **Cancer** primitif de l'**oviducte**. (Arch. Ital. di gin., 30 avril 1902.)

Ricci. — **Dégénérescence** microkystique de l'**ovaire**. (Clin. gyn. Spinelli, in Arch. Ital. di gin., 30 avril 1902.)

Kennedy-Dalziel. — Effet des **maladies** de l'**ovaire** sur le **côlon**. (Soc. d'obs., et gyn. de Glasgow, 25 mai 1902, in Scot. med. and surg. Journ., juil. 1902.)

Pichevin. — Troubles **dysménorrhéique** et **ovarites scléro**-kystique. (Sem. gyn., 22 juil. 1902.)

Bouin. — Les **deux glandes** à sécrétion interne de l'**ovaire** : la glande interstitielle et le corps jaune. (Rev. méd. de l'Est, 15 juil. 1902.)

Robinson. — **Segment ovarien** de l'**artère utéro-ovarienne**. (Annals of gyn. and., ped. juil. 1902).

Lavenant. — **Pyosalpinx**. (Soc. anat., 13 juin 1902, in Presse méd., 18 juin 1902.)

Da Silva et *Descomps*. — **Hydrosalpinx** double. (Soc. anat., 20 juin 1902, in Presse méd., 25 juin 1902.)

Hart. — **Hématosalpinx** dû à une **grossesse tubaire**. (Soc. d'obst. d'Édinburgh, 11 juin 1902, in Scot. med. and surg. Journ., juil. 1902.)

Muscatello. — **Hernie** des **trompes**. (16e Cong. Ital. de chir., 24-26 mars 1902, in Arch. Ital. di Gin., 30 juin 1902.)

Thorne. — **Pyosalpinx** d'une grosseur inusitée. (Brit. med. Journ., 19 juil. 1902.)

PÉRITOINE

Ricci. — Grand **kyste intraligamentaire** droit; annexite suppurée à gauche. (Clin. gyn., Spinelli in Arch. Ital., di gin., 30 avril 1902.)

Hurtado. — **Fibromes multiples** de la **paroi**, et **subpéritonéaux**. Rétroversion utérine. (Cron. med. mexicana, 1er juil. 1902.)

Hurtado. — **Métro-péritonite** diffuse. (Cron. méd. mexicana, 1er juil. 1902.)

Stroheker. — Les **fibromes** du **ligament large**. (1 vol. in-8°. Naud, Paris, juillet 1902.

Alban-Doran. — **Lipome** rétro-péritonéal. (Obst. soc. of London, 2 juil. 1902, in Lancet, 19 juil. 1902.)

Caubet. — **Fibrome** de la **paroi abdominale**. (Soc. anat., 25 juil. 1902, in Presse méd., 2 août 1902.)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Boursier. — Un cas d'**hématocèle rétro-utérine** par **avortement tubaire** incomplet. (Journ. de méd. de Bordeaux, 22 juin 1902.)

Bertino. — **Grossesse extra-utérine** ou rétention d'un fœtus mort dans la cavité utérine. (Ann. di Ost. e gin. Mai 1902.)

Majocchi. — Sur quelques points discutés de l'anatomie de la **grossesse tubaire**. (La rassegna d'ost. e gin. Juin 1902.)

Ricci. — **Avortement tubaire** avec énorme hématosalpinx, en grande partie solide, en partie liquide. (Clin. gin. Spinelli, in arch. Ital. di gin., 30 avril 1902.)

Scott-Riddell. — Récentes opérations pour **grossesse extra-utérine**. (Brit. Med. Journ., 12 juil. 1902.)

Ricci. — **Hématocèle rétro-utérine** par **avortement tubaire**. (Clin. gin. Spinelli, in Arch. Ital. de gin. 30 juin 1902.)

Tesson. — **Grossesses tubaires** : hémorragies intra-péritonéales. (Gaz. des hôp., 8 juil. 1902.

Tucker. — **Grossesse ectopique** de trois mois et **hydrosalpinx**. (New-York, count. méd. ass., 19 mai 1902, in Med. Rec., 28 juin 1902.)

Boisse. — **Grossesse extra-utérine**. (Soc. d'obst. gyn., et péd., de Bordeaux, 22 juil. 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 3 août 1902.)

Kennish et *Whitelocke.* — Cas de **grossesse tubaire**. Laparotomie. Guérison. (Lancet, 9 août 1902.)

Harrison. — Étiologie, diagnostic et traitement de la **grossesse ectopique**. (Brit. Med. assoc., 29 juil. 1902, in Brit. Med. Journ., 9 août 1902.)

Bérard. — **Grossesse extra-utérine**. (Soc. de chir. de Lyon, 19 juin 1902, in Rev. de chir., 10 août 1902.)

Weiss. — **Grossesse extra-utérine** rompue, avec hémorragie cataclysmique. Laparotomie. Mort. (Soc. de Méd. de Nancy; 14 mai 1902, in Rev. méd. de l'Est, 1er août 1902.)

Thompson. — **Grossesse ovarienne**. (Amer. gyn., juil. 1902.)

ÉTAT GÉNÉRAL — PHYSIOLOGIE

Goelet. — Influence du **prolapsus** du **foie** sur la production des maladies **pelviennes** chez la **femme**. (Amer. med. assoc., 12 juin 1902, in Med. Record, 20 juin 1902.)

Cullen. — **Adénomyome** des **organes génitaux** féminins. (Amer. med. assoc., 12 juin 1902, in Med. Record, 21 juin 1902.)

Renaud et *Denis.* — **Vulve, vagin** et **utérus** doubles. (Soc. d'obst.

gyn. et de ped. de Bordeaux, 24 juin 1902, in Journ. de med. de Bordeaux, 6 juillet 1902.)

San Martin. — **Epithélioma** des **organes génitaux**. (Acad. de méd. de Madrid, 26 avril 1902, in Rev. de med. y cir. pract., 7 juil. 1902.)

Picqué. — Sur l'**hématométrie** par absence du **vagin**. (Soc. de chir., 9 juil. 1902, in Presse med., 16 juillet 1902.)

Paton. — Un cas d'**hermaphrodisme** vertical ou complexe avec **pyométrite** et **pyosalpinx**. (Lancet, 19 juil. 1902.)

Pichevin. — **Fistules** abdominales donnant issue à un **écoulement** sanguin périodique. (Sem. gyn., 20 juil. 1902.)

Drennan. — La **maturité** de l'**œuf** dans ses rapports avec la **puberté** et la **ménopause**. (New York med. Journ., 9 août 1902.)

THÉRAPEUTIQUE — CHIRURGIE

Callender. — **Epithélioma** de la **vulve**. Opération. Récidive. (Soc. d'obst. d'Edinburgh, 11 juin 1902, in Scot. med. and. surg. Journ., juil. 1902.)

Bonnet-Laborderie. — **Hématome** traumatique de la **grande lèvre gauche**. Ouverture. Guérison. (Soc. anat. clin. de Lille, 14 mai 1902, in Journ. des scienc. méd. de Lille, 9 août 1902.)

Manaut y Taberner. — **Déchirure** complète du **périnée**. **Périnéorrhaphie**. (Arxius de Cirugia, 15 juin 1902.)

Stone. — Nouvelle méthode de **colpohrraphie** antérieure et postérieure. (Amer. gyn. soc., 27 juin 1902, in Med. Rec., 7 juil. 1902.)

Reed. — **Restauration** du **plancher pelvien**. (Amer. med. assoc., 12 juin 1902, in Med. Record, 21 juin 1902.)

Noble. — **Drainage** au lieu d'**opération radicale** pour **suppuration** du **pelvis** de la femme. (Amer. med. Assoc., 12 juin 1902, in Med. Record, 21 juin 1902.)

Batut. — Cloisonnement congénital du vagin. Rétention menstruelle. Opération. Guérison. (Bul. méd., 21 juin 1902.)

Werder. — Nouvelle opération pour **fistules urétéro-vaginales** doubles. (Amer. med. assoc., 10 juin 1902, in med. Rec., 14 juin 1902.)

Vineberg. — Nouvelle méthode opératoire pour les cas rebelles de **fistules recto-vaginales**. (Med. Rec., 7 juin 1902.)

Mazé. — De la méthode du **dédoublement** dans le traitement chirurgical des **fistules vésico-vaginales**. (Thèse de Paris, 18 juillet 1902.)

Balacescu. — Traitement des **fistules vésico-vaginales**. (Rev. de chir. de Bucarest, juin 1902.)

Steeg. — **Fistule vésico-vaginale**. Opération par dédoublement de la cloison et rebroussement de la muqueuse vaginale. Sonde à demeure et décubitus ventral. (Soc. d. méd. de Rouen, 9 juin 1902, in Rev. méd. de Normandie, 25 juin 1902.)

Goffe. — **Section vaginale** pour les symptômes non compliqués de **stérilité**. (Amer. med. assoc., 12 juin 1902, in Med. Record, 21 juin 1902.)

Ferguson. — **Fibrome** extirpé de la **cloison vaginale** antérieure. (Soc. d'obs. d'Edinburgh, 11 juin 1902, in Scot. med. and surg. Journ., juillet 1902.)

Weiss. — **Péritonite** consécutive à une **perforation vaginale** avec

injection de sublimé dans le péritoine. (Soc. de chir., 18 juin 1902, in Sem. méd., 25 juin 1902.)

Wesley Bouvée. — Traitement chirurgical des **ligaments utéro-sacrés**, par le vagin, dans la **rétroversion** de l'**utérus**. (Amer. med. Assoc., 10 juin 1902, in Med. Rec., 14 juin 1902.)

Davenport. — Traitement non-opératoire des **rétroversions** de l'**utérus**. (Amer. gyn. Soc., 27 mai 1902, in Med. Rec., 7 juin 1902.)

Riddle Goffe. — **Raccourcissement** intra-abdominal des **ligaments ronds** par le vagin dans le traitement des **déplacements** de l'**utérus**. (Amer. gyn. Soc., 27 mai 1902, in Med. Rec., 7 juin 1902.)

Micheli. — Nouveau procédé de traitement pour la **rétroflexion** de l'**utérus**. (Arch. ital. di gin., 30 avril 1902.)

Gatti. — La ventro-hystéropexie dans les **antédéviations** de l'**utérus**. (Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Ricci. — **Rétroversion-flexion** de l'**utérus**. Légère endométrite. Hystéropexie vaginale. (Clin. gyn. Spinelli, in Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Riddle Goffe. — **Rétroversion** et **rétroflexion** de l'**utérus**. Traitement. — Dis. MM. Leroy Broun, Brooks Wells, Vineberg, Bissell, Brothers, Bandler (New-York Acad. of Med., 22 mai 1902, in med. Rec., 28 juin 1902.)

Le Fort. — **Fibrome utérin** enlevé par morcellement. Hémorragie post-opératoire. (Soc. cent. de méd. du Nord, 23 mai 1902, in Nord med., 15 juin 1902.)

Pluyette. — Thérapeutique des **fibromes utérins**. (Marseille méd., 15 juin 1902.)

Frederick. — **Amputation** élevée du **col** au lieu d'**hystérectomie** pour **carcinome** opérable du col. (Amer. med. Ass., 10 juin 1902, in Med. Rec., 14 juin 1902.)

Hamilton. — Obstruction post-opératoire, dans un cas de **sarcome** de l'**utérus** et de kyste du mésentère, due à l'incarcération de l'intestin grêle dans un trou du mésentère. (Med. Rec., 31 mai 1902.)

O'Callaghan. — **Myomes submuqueux** et intraligamentaires enlevés par **hystérectomie abdominal**. (Brit. gyn. Soc., 13 fév. 1902, in Brit. gyn. journ., mai 1902.)

Delfosse. — **Fibrome** de la face postérieure de l'**utérus**; pris pour une **rétroflexion adhérente**; **annexite** double; hystérectomie totale, guérison. (Journ. des Scienc. méd. de Lille, 28 juin 1902.)

Mangin. — Traitement des **fibromes utérins**. (Marseille méd., 1er juil. 1902.)

Tuffier. — Résultats anatomiques de l'**énucléation** des **fibromes utérins** : présentation d'un **utérus**, opéré 4 mois auparavant. (Soc. de chir., 9 juil. 1902, in Presse méd., 16 juil. 1902.)

Ricci. — **Enorme myofibrome** kystique. avec volumineuse hernie ombilicale épiploïque. Hystérectomie. (Clin. gin. Spinelli, in Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Ricci. — **Epithéliome** du **col utérin**. Panhystérectomie abdominale. (Clin. gyn. Spinelli. in Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Ricci. — Enorme **fibrome** œdémateux du segment inférieur de l'**utérus** et son développement pelvien. (Clin. gyn. Spinelli, in Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Durand. — **Hystérectomie** abdominale pour **fibrome à pédicule tordu**. (Soc. de chir. de Lyon, 12 juin 1902, in Rev. de chir. 10 août 1902.)

Cushing. — Opération pour **récidive** de **cancer** après hystérectomie. (Amer. med. Assoc., 10 juin 1902, in med. Rec., 14 juin 1902.)

Lemasson. — Traitement palliatif des **cancers** inopérables du **col** de l'**utérus**. (Thèse de Paris, 10 juil. 1902.)

Sinclair. — Opérations pour **cancer** de l'**utérus**. (Practitioner, juil. 1902.)

Pichevin. — **Hystérectomie** abdominale totale pour un **cancer utérin**. (Sem. gyn., 15 juillet 1902.)

Mariani. — Deux cas de **cancer inopérable** de l'**utérus** traités par la **quinine**. (16e cong. ital. de chir., 24-26 mars 1902, in Arch. ital. de gin., 30 juin 1902.)

Pichevin. — **Traitement** du **cancer utérin**. (Sem. gyn., 12 août 1902.(

Balleray. — Diagnostic précoce et traitement du **Cancer** de l'**utérus**. (Med. soc. de New Jersey, 25 juin 1902, in Med. Rec., 2 août 1902.)

Hunter Robb. — **Suspension** de l'**utérus**. (Amer. gyn. soc., 27 mai 1902, in Med. Rec., 7 juin 1902.)

Theinhaus. — Remarques critiques sur les méthodes d'opération en faveur pour la **cystocèle** avec ou sans **prolapsus** de l'**utérus**. (Amer. med. Assoc., 13 juin 1902, in Med. Rec., 21 juin 1902.)

Marcy. — Traitement des **conditions septiques** de l'**utérus**. (Illinois st. med. Soc., 20 mai 1902, in Med. Rec., 28 juin 1902.)

Beverly Camphell. — **Conservation** de l'**utérus** dans les **hémorragies pelviennes**. (Illinois st. med. Soc., 20 mai 1902, in Med. Rec., 28 juin 1902.)

Fieux. — **Tige intra-utérine**. (Soc. d'obst., gyn. et péd. de Bordeaux, 22 juil. 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 3 août 1902.)

Mabille. — Traitement médical des **métrites**. (Arch. de méd. et de chir. spéc., mai 1902.)

Letona. — **Curettage utérin** suivi d'injection de teinture d'iode. (La Clinica de San Salvador, avril 1902.)

Fontoynont. — **Atrésie** du **col utérin**, **Hydrométrie**. (Soc. de chir., juin 1902, in Rev. de chir., 10 août 1902.)

Fontoynont. — **Absence** de **vagin**. Obturation de l'**utérus** par un hymen profondément situé. Hématométrie. (Soc. de chir., juin 1902, in Rev. de chir., 10 août 1902.)

Pichevin. — Des **parotidites** à la suite de l'**ovariotomie**. (Sem. gyn., 17 juin 1902.)

Philander A. Harris. — **Fermeture** des **plaies suppurantes** de l'abdomen consécutives à la **laparotomie**. (Amer. gyn. Soc., 27 mai 1902, in Med. Rec., 7 juin 1902.)

Inglessi. — L'**hystérectonie vaginale** sans pinces. (Thèse de Paris, 26 juin 1902.)

Pichevin. — De l'embolie pulmonaire consécutive à l'**hystérectomie** pour fibrome utérin. (Sem. gyn., 17 juin 1902.)

Lecq. — De l'**hystéropexie** vaginale. (Thèse de Paris, 15 juil. 1902.)

Chavannaz. — **Décubitus acutus** consécutif à une **hystérectomie vaginale**. (Soc. d'obst., gyn. et péd., de Bordeaux, 8 juil. 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 20 juil. 1902.)

Deaver. — **Hystérectomie** abdominale. (Amer. surg. Assoc., 3 juin 1902, in Med. Rec., 5 juil. 1902.)

Macdonald. — **Hystérectomie** supravaginale au point de vue technique. (Amer. surg. Assoc., 4 juin 1902, in Med. Rec., 5 juil. 1902.)

Mc Cosh. — **Myomectómie** ou **hystérectomie**. (Amer. surg. Assoc., 4 juin 1902, in Med. Rec., 5 juil. 1902.)

Werth. — Recherches sur l'**influence** de la **conservation** de l'**ovaire** sur l'état ultérieur des opérées après l'**amputation** supra-vaginale et l'**extirpation** vaginale totale de l'**utérus** (1 broch. Iena, 1902.)

Pichevin. — A propos du traitement des **inflammations** invétérées et bilatérales des **annexes** de l'**utérus**. (Sem. gyn., 24 juin 1902.)

Meurice. — Traitement des **annexites** par le **massage**. (Belgique méd., 3 juil. 1902.)

Pichevin. — **Ablation** des **annexes** par la **voie vaginale**. (Sem. gyn., 15 juil. 1902.)

Ricci. **Annexite** tuberculeuse chronique avec adhérences à l'intestin. Opération. (Clin. gyn., Spinelli, in Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Ricci. — Endométrite et **annexite** spécifique. Opération. (Clin. gyn. Spinelli, in Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Kynoch. — **Ovariotomies répétées**. (Edinburgh obst., Soc., 11 juin 1902, in Lancet, 21 juin 1902.)

Harrison Cripps. — **Ovariotomie** et chirurgie abdominale. (1 vol. in-8°. Churchill, Londres.)

Kermarrec. — Contribution à l'études des **greffes** de l'**ovaire**. (Thèse de Paris, 9 juillet 1902.)

Ricci. — **Dégénérescence** scléro-kystique de l'**ovaire**. Métrite chronique douloureuse. Petit fibrome de la partie postérieure de l'utérus. Opération. (Clin. gyn. Spinelli, in Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Ricci. — Gros **hydrosalpinx** et **ovarite** kystique adhérente à gauche. Opération. (Clin. gyn. Spinelli, in Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Racoviceanu-Pitesti. — Deux cas d'**hystérectomie abdominale totale** pour **salpingite** suppurée. (Soc. de chir. de Bucarest, 5 juin 1902, in Rev. de chir. de Bucarest, juillet 1902.)

Le Roy. — **Hématosalpinx** gauche avec **métrorrhagies** et **hématocèle** rétro-utérine. **Ovaires hystiques**. Ablation des deux annexes. Guérison. (Journ. des Scienc. méd. de Lille, 2 août 1902.)

Newman. — **Hémostase** du **ligament large**. (Amer. med. Assoc., 10 juin, in Med. Rec., 14 juin 1902.)

Ferguson. — Petit **fibrome** enlevé du **ligament large**. (Soc. d'obst. d'Edinburgh, 11 juin 1902, in Scot. med. and surg. Journ., juil. 1902.)

Tricomi. — La voie abdomino-extra-péritonéale dans les **tumeurs infraligamentaires**. (16e Cong. soc. ital. de Chir., 24-26 mars 1902. in Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Couvelaire. — **Disparition** définitive d'un **kyste pelvien** après une **simple ponction**. (Soc. d'obst. gyn. et péd. 21 juil. 1902, in Presse méd., 9 août 1902.)

Neil Macphatter. — **Inflammation** dans le **pelvis féminin** et son traitement. (New York med. Journ., 2 août 1902.)

Caturani. — Sur la **contraction** des **tumeurs** des organes **génitaux**

internes de la femme et constitution de leurs **variétés**. (Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Touvenaint. — Traitement des **douleurs menstruelles** chez les vierges. (Rev. int. de med. et de chir., 10 juil. 1902.)

Bonafonte. — Les **interventions chirurgicales** dans les **processus** des **organes génitaux féminins**. (Rev. de med. y cir. pract., 28 juil. 1902.)

Goldmann. — **Ichtyol vasogène** dans la pratique gynécologique. (Der Frauenarzt, 18 juil. 1902.)

Talmey. — **Electrothérapie gynécologique**. (Med. Record, 12 juil. 1902.)

Manna. — L'**électrothérapie** en obstétrique et en **gynécologie**. (La Rassegna d'ost. e gin., juin 1902.)

Clado. — **Diagnostic** gynécologique. (1 vol. in-18, Maloine. Paris.)

Cavalieri. — De l'emploi prophylactique du **lavement de gélatine** en gynécologie. (Ass. med. chir. de Parme, 11 avril 1902, in Arch. ital. di gin., 30 avril 1902.)

Dalché. — Les **leucorrhées virginales** et leur traitement. (Journ. de méd. int., 1er juil. 1902.)

Hollander. — **Ostéomalacie non puerpérale** guérie par la castration. (Soc. all. de chir., 31e réun., in All. Wiener med. Zeit., 15 juil. 1902.)

Aievoli. — Documents cliniques et anatomiques pour l'étude des **lipomes**. (Arch. ital. di gin., 30 juin 1902)

Spinelli. — Causes des transformations malignes des **fibromes**. (Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Ricci. — **Clinique gynécologique** de Spinelli. (Arch. ital. di gin., 30 juin 1902.)

Will. — Limites de la **chirurgie** en **gynécologie**. (Illinois st. med. soc., 20 mai 1902, in Med. Rec., 28 juin 1902.)

Bœro. — Etude des moyens d'**irrigation** endo-utérine et description d'une nouvelle **sonde** dilatatrice et irrigatrice. (Ras. d'ost. et gin., juil. 1902.)

Van Meenen. — **Irrigation** et **tamponnement**. (Bul. de la Soc. de méd. de Gand, juin-juillet 1902.)

Penrose. — Les **maladies** des **femmes**. (1 vol. in-8°, Londres, Saunders, 1902.)

Hurtado. — Statistique des **opérations pratiquées** dans le service de chirurgie des **femmes** à l'hôpital San Andrès, Mexico. (Cron. med. mex., 1er août 1902.)

Ill. — Causes et traitement de la **stérilité** chez la femme. (Med. soc. de New Jersey., 25 juin 1902, in Med. Rec., 2 août 1902.)

NOUVELLES

Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Rome.

Le IVe Congrès international de gynécologie et d'obstétrique se tiendra à Rome, du 15 au 21 septembre.

Le prix des cotisations est de 25 francs. Les dames et les membres des familles des congressistes seront admis, moyennant une cotisation de 10 francs.

Les congressistes peuvent bénéficier d'une réduction de 50 % sur les chemins de fer français et italiens. Pour obtenir cette réduction, ils devront transmettre leur nom à M. le Dr Jayles, 232, boulevard Saint-Germain, secrétaire du Congrès pour la France.

La Société des Transports maritimes et celle des Messageries maritimes accordent une réduction de 30 % et la compagnie Fraissinet une réduction de 50 %. Ces réductions sont accordées sur la présentation de la carte de congressiste.

Les professeurs Pinard et Pozzi sont délégués officiellement par le gouvernement de la République.

La Presse médicale a organisé ce voyage au prix de 470 francs. Voici le programme :

Tous les frais de route et d'hôtel sont compris. Chaque membre du voyage devra préalablement se munir d'une carte de congressiste.

Lundi 8 *septembre* 1902. — Départ de Paris à 2 heures, après-midi. Diner au buffet de Dijon.

Mardi 9 *septembre.* — Arrivée à Turin, à 8 h. 20 du matin. Petit déjeuner. Arrivée à Gênes, à midi. Séjour. Diner. Coucher.

Mercredi 10 *septembre.* — Départ de Gênes à midi 35. Arrivée à Spezia à 3 h. 8. Départ à 3 h. 35. Arrivée à Parme à 7 h. 31 et, vers 8 heures, à Salsomaggiore.

Jeudi 11 *septembre.* — Séjour à Salsomaggiore.

Vendredi 1 *septembre.* — Départ de Salsomaggiore vers 9 heures du matin et de Parme, à 10 h. 20. Arrivée à Spezia, à 2 h. 20 de l'après-midi. Départ à 3 h. 08. Arrivée à Pise, à 5 heures. Départ à 5 h. 20. Arrivée à Florence à 7 h. 19. Diner. Coucher.

Samedi 13 et *dimanche* 14 *septembre.* — Séjour à Florence.

Lundi 15 *septembre.* — Départ de Florence à 8 h. 47. Arrivée à Pise à 11 h. 6. Déjeûner. Visite. Départ à 5 h. 38. Diner dans le wagon-restaurant. Arrivée à Rome à 11 h. 43. Conduite à l'hôtel. Coucher.

Mardi 16 au *dimanche* 21 *septembre.* — Séjour à Rome.

Lundi 22 *septembre.* — Départ de Rome à 8 h. 15 du matin. Déjeuner dans le wagon-restaurant. Diner au buffet de Gênes à 7 heures. Départ à 8 heures. Arrivée à Turin à 11 h. 35. Coucher.

Mardi 23 *septembre.* — Séjour à Turin. Petit déjeuner, déjeuner et diner à l'hôtel. Départ à 7 h. 20 du soir.

Mercredi 24 *septembre.* — Retour à Paris à 9 h. 41 du matin.

Le premier repas sera le diner au buffet de Dijon, le 8 septembre et, le dernier, le diner, à Turin, le 23 septembre 1902.

M. Amann, de Munich, adresse à tous les gynécologues la lettre suivante :

« Très honoré Collègue,

« Je suis chargé, par le Comité d'organisation du IVe congrès intertional d'obstétrique et de gynécologie à Rome (septembre 1902) d'être rapporteur sur le sujet : La tuberculose des organes génitaux de la femme.

« Je vous serais très reconnaissant si vous vouliez contribuer à la rédaction de ce rapport en me faisant parvenir des réponses circonstanciées sur les questions ci-dessous :

I. — Étiologie.
1. Avez-vous connaissance de cas de tuberculose génitale primitive?
a) Chez des sujets avec des poumons sains;
b) Chez des sujets scrofuleux.
2. La porte d'entrée?
a) Cohabitation;
b) Examens (sages-femmes, médecins.)

II. — Diagnostic.
Avez-vous réussi à faire cliniquement le diagnostic de tuberculose génitale?
a) Grâce à quels signes (diagnostics différentiels.)
b) Ce diagnostic a-t-il pu être contrôlé, confirmé :
1° Par l'intervention ;
2° Par autopsie ;
3° Par la présence des bacilles tuberculeux ;
4° Par l'examen histologique (cellules géantes, tubercules, caséification?) ;
5° Par des injections de tuberculine.

III. — Anatomie pathologique :
1° Quels étaient les organes le plus souvent atteints?
2° Avez-vous observé une tuberculose de l'utérus?
3° Avez-vous observé l'envahissement, par la tuberculose génitale du péritoine, et inversement?
4° Avez-vous observé une tuberculose miliaire, généralisée à point de départ génital?
5° Examen histologique.

IV. — Traitement :
a) Quel traitement donnez-vous de préférence?

V. — Avez-vous publié, vous ou vos élèves, des travaux à ce sujet, et lesquels? (Pourrait-on, peut-être, me faire parvenir des tirés à part de ces travaux? »

Le Propriétaire-Gérant : O. Doin.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LA GYNÉCOLOGIE

OCTOBRE 1902

MÉMOIRES

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par J.-A. DOLÉRIS.

Dans l'avant-dernier numéro de cette revue, j'ai ébauché quelques aperçus sur la question de la *Rétroversion de l'utérus gravide*, envisagée au point de vue le plus neuf, celui de son traitement chirurgical complet et définitif ainsi énoncé : *laparotomie libératrice de l'utérus rétrodévié, suivie de sa réduction directe et de sa fixation en position normale.*

La méthode comprend la destruction des adhérences, s'il en existe, et la fixation des ligaments ronds à la paroi abdominale par un procédé personnel.

La technique a été publiée en divers ouvrages; elle a subi de ma part en 1900 quelques modifications parfaitement décrites dans la thèse d'Hivet; j'aurai à en parler plus longuement dans la suite de ce travail.

A ces quelques considérations de début j'ai joint une première observation tout à fait complète, puisqu'elle comprend la phase gravidique præ et post-opératoire, celle de l'accouchement et une assez longue période après l'accouchement. J'apporte aujour-



d'hui deux nouvelles observations, annoncées dans le premier mémoire, qui ont gagné en intérêt par le retard apporté à les publier, puisque je puis, comme dans la première, ajouter, à l'historique de l'acte opératoire, celui des péripéties de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Auparavant, je veux éviter le reproche de quelques omissions dans l'énumération des précurseurs du traitement chirurgical de la rétrodéviation de l'utérus gravide. J'estime que la question est d'assez grande importance pour qu'il ne faille rien oublier du point capital actuellement soumis à la critique de nos confrères en obstétrique.

Dans la thèse de Harlay (Paris 1898), je trouve que Wall et Hunter ont exécuté, sur le cadavre, la *symphyséotomie*, dans le cas de rétrodéviation de l'utérus gravide. L'auteur discute l'utilité d'une telle intervention et, d'accord avec la conclusion émise par Charles de Liège dans son mémoire de 1878, il écarte l'idée d'une telle opération pour des raisons à la vérité différentes de celles invoquées par l'accoucheur belge.

J'ajouterai, pour ma part, aux critiques émises à ce sujet, que la symphyséotomie me paraît être, vu sa relative importance, en tant qu'opération, tout à fait insuffisante et inopportune, par l'impossibilté de juger *de visu* des conditions exactes de l'anomalie morbide, de pouvoir détruire les obstacles matériels à la réduction, adhérences récentes ou anciennes, tumeurs pelviennes, etc., et enfin de pouvoir assurer la permanence de la réduction dans l'avenir par un solide procédé de fixation.

Dans le même travail de Harlay, on lit que, déjà en 1822, Callisen avait déjà compris la nécessité d'une opération qui, tout en sauvant la mère, rendrait la continuation de la grossesse possible : il s'agissait de la *gastrotomie* ou *laparotomie*. La proposition en fut nettement formulée par Callisen, et ce doit être lui, à mon sens, le véritable initiateur en cette matière.

Ceci dit, uniquement pour la vérité historique, il faut ajouter que pareille proposition ne pouvait, à cette époque, trouver des adeptes ; et rien qu'à comparer le pourcentage de la mortalité dans les cas de rétroversion de l'utérus gravide, au pronostic opératoire de la gastrotomie, au temps de Callisen, c'est-à-dire il y a près d'un siècle, la conclusion négative s'imposait.

Tout au plus pouvait-on en accepter la proposition, dans les cas désespérés uniquement, ainsi qu'en ont jugé Boivin, Dugès et Stoltz (Harlay).

De Callisen il faut sauter à Pinard et Varnier pour retrouver,

dans des conditions tout à fait rationnelles et acceptables, c'est-à-dire dans les conditions de la chirurgie moderne, la proposition de la laparotomie soumise à nouveau au public obstétrical, tandis que l'abstention reste dans la tradition classique des livres et de l'enseignement des maîtres. J'ai déjà envisagé cette tentative nouvelle sur l'opinion et les conséquences qui devaient s'ensuivre.

Je veux préciser mieux que je ne l'ai fait et compléter ce que j'ai dit dans mon premier mémoire de juin. La publication de Pinard et Varnier est de 1887. En 1898, Jacobs, de Bruxelles, publie dans le *Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique* n° 2, t. IX, onze observations de rétroversion de l'utérus gravide, dont quelques-unes, les plus anciennes en date, remontent à 1891. Il semble donc y avoir une liaison manifeste entre la proposition des accoucheurs français et la nouvelle pratique adoptée par Jacobs.

Je ne dirai rien des onze observations de ce dernier qui ont subi déjà la critique de Harlay. Leur forme succincte ne prête pas à une discussion qui, d'ailleurs, me paraît oiseuse dans l'espèce. Le seul commentaire intéressant en soi tient dans le fait que l'on a pu intervenir *onze* fois, dans des conditions que l'énoncé des observations montre menaçantes pour la grossesse et pour la femme aussi sans doute, et que l'on a *dix* fois obtenu la continuation de la gestation dans des conditions tout à fait normales, pour aboutir à l'accouchement régulier à terme. Un seul cas a été marqué par l'avortement post-opératoire.

Je relève, en outre, que des adhérences utérines anciennes compliquaient la rétrodéviation dans *trois* cas; le point touche à l'étiologie et à l'anatomie pathologique de l'affection. La conséquence en est facile à sentir au point de vue du traitement : il est bien évident que la réduction par les moyens ordinaires n'avait pas de chance d'être obtenue dans de telles conditions.

Enfin, des observations de Jacobs, nous ne savons que l'histoire chirurgicale et obstétricale en quelque sorte actuelle; nous ne sommes point renseignés sur les suites éloignées de ces grossesses, et nous n'en pouvons rien déduire sur le point nouveau qui m'intéresse personnellement : l'utilité, la nécessité même de compléter la laparotomie par la fixation de l'utérus, en vue de l'avenir.

En octobre 1894, Schwartz laparotomise par erreur, une femme enceinte de deux à trois mois, dont l'utérus était rétrofléchi à

angle aigu. Les suites de l'opération furent normales, et la femme accoucha à terme sans difficulté ni accident.

L'utérus ne fut pas fixé, au cours de l'intervention, et l'opérateur se contenta de le réduire.

Dans ce cas, Schwartz se préoccupa de la statique utérine et constata qu'*en quittant le service d'accouchement*, son opérée avait « la matrice bien en place, sans aucune tendance à la rétroversion ni à la rétroflexion ».

Il ne peut être tenu compte de cette dernière note qu'avec grande réserve, car l'accouchement était trop récent pour qu'on put augurer quoi que ce soit de l'avenir, eu égard à la statique utérine. Il est fâcheux que nous n'ayons pas une note complémentaire sur l'état ultérieur à une période assez éloignée, et notamment après le retour des règles.

Plus récemment, M. Pinard a porté devant l'Académie de médecine deux observations de Pauchet, d'Amiens, en tout comparables à celles de Jacobs, avec une issue heureuse pour la mère et pour l'enfant.

Ces faits nouveaux constituent ce qui me paraît être la première étape du traitement chirurgical rationnel de la rétroversion de l'utérus gravide ; ils sont au nombre de quatorze. Dans ces quatorze cas, il s'agit, on l'a vu, de laparotomie et de réduction directe de la déviation, parfois même de libération sanglante de l'organe incarcéré et adhérent.

Je dois maintenant revenir à l'opinion qui a fait faire à la question un pas décisif, en réclamant un complément opératoire destiné à rendre durables les bénéfices de l'intervention pendant la grossesse. Cette opinion se trouve mentionnée dans la thèse d'Hivet (Paris, 1900) où se trouvent décrits les deux procédés successivement mis en œuvre par moi pour la fixation de l'utérus par la voie abdominale dans le cas de rétrodéviation utérine ordinaire. Un certain nombre d'observations qui me sont personnelles ont été utilisées par l'auteur, ainsi que le résultat de nos entretiens sur le point spécial de la rétrodéviatien de l'utérus gravide et de son traitement. C'est dire que les idées de M. Hivet étaient déjà tout à fait les miennes et je me fais, pour cette raison, un plaisir de citer les lignes qui vont suivre.

« Exceptionnellement, comme dans quelques cas signalés par MM. Pinard, Tarnier, les brides fibreuses se ramollissent et s'al-

longent; l'utérus fait alors son ascension dans la cavité abdominale et la grossesse suit son cours. Presque toujours, l'avortement se produit, et cela n'est pas sans danger pour la mère, puisque Treub, dans un travail récent, a réuni 51 cas d'utérus gravide rétrofléchi dans lesquels la femme a succombé, soit qu'il y ait eu préalablement avortement, soit que l'avortement ne se soit pas produit.

Les causes de mort qu'il faudrait alors invoquer seraient surtout, d'après Treub, la septicémie, l'anémie, l'épuisement et la rupture de la vessie.

Quoi qu'il en soit, on voit, d'après ce qui précède, que, dans les cas où l'utérus gravide rétrofléchi est bien immobilisé par des adhérences, le chirurgien a le droit et même le devoir d'agir très vite.

« D'abord, dit Harlay, il faudra essayer, sous le chloroforme, après avoir vidé la vessie et le rectum, de rompre par le vagin les adhérences, et d'effectuer le redressement manuel. Très souvent, dit cet auteur, qui s'appuie sur de nombreux faits précis, on réussira, malgré l'existence d'adhérences solides, lorsqu'on procédera avec beaucoup de méthode et de patience.

« Malheureusement quelquefois, les tentatives faites seront infructueuses, et il ne restera plus alors qu'une seule ressource, l'intervention sanglante, c'est-à-dire la laparotomie avec rupture des adhérences utérines et réduction de la matrice.

« Grâce aux progrès de l'asepsie, cette opération est aujourd'hui relativement bénigne, pour la mère du moins, lorsqu'on intervient avant l'apparition des accidents signalés plus haut; elle expose même peu à l'avortement.

« La statistique de Jacobs qui porte sur 11 cas est, à ce point de vue, particulièrement intéressante; 11 fois la mère guérit; 1 seule fois il y eut un avortement. »

Dans sa thèse, Harlay prétend qu'après avoir détruit les adhérences utérines il suffit de réduire l'utérus, sans s'occuper de le maintenir réduit! « Quant aux moyens de contention, dit-il, ils sont inutiles; l'utérus, délivré de toute adhérence, se maintiendra redressé par suite de la tension que l'œuf exerce sur ses parois, et parce qu'il dépasse le plan du détroit supérieur. L'hystéropexie expose à des déchirures de la paroi utérine et à des hémorragies. »

Ici, nous cessons d'être de l'avis de notre excellent ami Harlay. Certes, dans aucune des observations publiées, observations souvent très incomplètes d'ailleurs, on ne signale la reproduction de

la rétrodéviation; mais Jacobs lui-même, dans quelques cas, avoue qu'il redoutait cette reproduction.

Pourquoi donc ne pas songer, dans ces cas, à assurer le maintien de l'utérus en position normale? L'hystéropexie assurément ne conviendrait guère à ce moment, car ce n'est pas sans danger qu'on passerait des fils à travers une paroi musculaire transformée en une véritable « éponge sanguine ». « *Mais pourquoi alors ne pas pratiquer le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds?* » L'opération n'en serait guère compliquée, tout au plus serait-elle allongée de 2 ou 3 minutes, et l'on serait, cette fois, sûr de la persistance, de la réduction de l'utérus.

M. Hivet, ajouterai-je pour mon compte, semble croire à la rareté du retour de la rétrodéviation après la grossesse, du moins est-il très réservé sur ce point quand il constate que les auteurs, qui ont entrevu la laparotomie simplement réductrice, n'envisagent point la possibilité d'une récidive à plus ou moins longue échéance.

En ceci je suis plus affirmatif, car j'ai acquis l'expérience de la relative fréquence de ces récidives; et cette conviction m'a conduit à l'exécution de la fixation complémentaire de l'utérus à la paroi abdominale, par le moyen du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Je n'ai pas à m'étendre outre mesure ici sur le mobile qui m'a guidé, me réservant de mettre en lumière, ailleurs, les faits absolument démonstratifs qui m'ont décidé à agir de la sorte.

***

Je vais maintenant relater deux nouvelles observations pour faire suite à la première publiée dans le numéro de juin.

Dans l'observation qui va suivre, je me suis trouvé en présence d'un cas assez compliqué et dont il m'importe de faire ressortir les détails par l'exposé complet de l'histoire de cette malade qui n'a été que très sommairement relatée à la Société de Gynécologie et de Pédiatrie (séance de décembre 1901).

Déjà, en août 1900, j'avais opéré cette malade pour une grossesse tubaire rompue. A la fin de 1901, je constate la rétroversion de l'utérus gravide avec la coexistence d'un kyste de l'ovaire. Je l'opère une deuxième fois pour des accidents de rétention d'urine et une menace d'avortement, après tentatives réitérées et infructueuses de réduction.

Voici la relation du cas.

Observation II

1° *Grossesse extra-utérine tubaire gauche rompue. — Laparotomie. — Guérison.* (*Août* 1900.)

2° *Rétroversion irréductible de l'utérus gravide. — Kyste simple de l'ovaire droit. — Laparotomie. — Ablation des annexes droites. — Raccourcissement intra abdominal des ligaments ronds. — Guérison* (*Novembre* 1900.)

Présentation du siège, version par manœuvres externes répétées deux fois, à quelques semaines d'intervalle.

Marche normale de la grossesse jusqu'à terme.
Accouchement normal le 30 juin 1902.

I

La nommée M... Fl..., vingt-neuf ans, sans profession, entre dans mon service à la maternité de Boucicaut le 2 août 1901.

Antécédents personnels. — A toujours bien marché. Réglée, à 13 ans. Menstruation régulière et indolore. Durée 8 jours, peu abondantes. Jamais de maladies sérieuses.

Antécédents héréditaires. — Père arthritique. Mère folle.

Premier accouchement le 17 septembre 1899, spontané, à terme, d'une fille vivante, actuellement bien portante ; à la suite de cet accouchement, la menstruation reste régulière pendant 10 ans, jusqu'au mois de mai 1900, époque où se place le début de la deuxième grossesse, cette fois-ci anormale.

M... a vu ses règles à l'époque habituelle pendant huit jours du 18 au 26 mai 1900.

Dès les premiers jours de juin, elle ressentait déjà de la nausée et de violentes coliques.

Chaque crise douloureuse s'accompagnait de vomissements et d'étourdissements.

Un mois environ plus tard, le 29 juin, nouvelles crises douloureuses sous formes de violentes coliques.

Vomissements biliaires, douleurs abdominales persistantes.

A partir de ce moment, la malade perd en rouge d'une façon à peu près continue.

Elle va, le 17 juillet, à la clinique Baudelocque où elle est mise au repos et aux injections chaudes avec le diagnostic d'*annexite* ou de *grossesse ectopique* probable.

Le 2 août, elle entre à la maternité de l'hôpital Boucicaut où elle est examinée.

M... est une femme d'aspect bien portant avec une certaine tendance à l'obésité ; tissus pâles, un peu flasques. Elle paraît nerveuse et appréhensive. Son visage est pâle, l'œil est inquiet. En insistant sur ses antécédents héréditaires, j'apprends que sa mère, à partir du retour d'âge, a été atteinte d'un délire maniaque qui a duré dix années au bout desquelles elle a succombé dans un état de démence complète. Elle-même est sujette à des vertiges, principalement depuis un an; tout à coup la tête lui tourne sans raison aucune et elle pâlit, est obligée de s'appuyer pour ne pas tomber. J'insiste sur ce signe. Il faut y ajouter une frigidité génitale absolue et le manque de sensations spéciales au coït.

L'état général n'a pas souffert; la malade accuse, au niveau de la fosse iliaque gauche, une douleur continue, mais supportable. Elle perd un peu de sang par le vagin. Le ventre n'est ni volumineux ni tendu. La palpation accuse une défense des muscles de la paroi abdominale à gauche. On ne retrouve pas l'utérus par l'abdomen.

Les seins sont augmentés de volume; l'aréole plus teintée présente de nombreux tubercules saillants. A la pression on fait sourdre une gouttelette de colostrum.

Au toucher, le cul-de-sac de Douglas est entièrement rempli, avec prédominance de la saillie du côté gauche, par une tumeur d'un volume supérieur à celui d'un œuf de dinde. Cette tumeur est résistante, régulière, avec des bosselures, et ne donne pas la sensation d'un corps flottant.

En examinant directement la région gauche du cul-de-sac de Douglas, on éveille chez la malade de vives souffrances.

L'utérus ne se dégage pas nettement par le toucher combiné au palper, quelque soin qu'on apporte à sa recherche. Le col est long, un peu ramolli. Ramené en avant et en haut, à droite, il semble bien faire suite au corps de l'organe qui aurait une direction rétrodéviée. La température est, le jour de l'entrée de la malade dans le service, de 38°,5. Elle redevient normale, dès le lendemain.

Urines normales.

Le diagnostic de grossesse tubaire gauche est affirmé, à la suite de cet examen.

La malade est opérée le 4 août 1900 sous le chloroforme. A l'ouverture du ventre, on tombe sur l'épiploon et une anse d'intestin grêle adhérente à la tumeur et à l'utérus, descendant vers la

région gauche du cul-de-sac de Douglas. Ils sont aisément libérés. L'utérus volumineux est déjeté à droite et en arrière; la tumeur occupe le cul-de-sac de Douglas; caillot, petite quantité de sang liquide autour de la trompe de couleur livide, tendue, accolée au fond du pelvis. Les annexes gauches forment ensemble une tumeur du volume d'une orange; elles sont dégagées, liées, extirpées. La surface de l'intestin et de l'épiploon infiltrée de sang et de coagula en nappe est essuyée et cautérisée légèrement, ainsi que sur un point saignant du fond du pelvis et de la surface utérine adhérente.

Les annexes droites sont saines, l'examen de la pièce montre une grossesse tubaire occupant le pavillon (grossesse infundibulaire) avec la totalité du chorion rameux, et la cavité amniotique vide.

Tout autour, assises stratifiées de caillots plus ou moins organisés.

Après 30 jours, la malade quitte l'hôpital en très bon état.

II

Voici maintenant la seconde phase de l'observation.

Depuis cette époque, la malade s'est toujours bien portée. Elle est pâle, nerveuse, sujette à des vertiges. Les menstrues sont restées normales et régulières. Le 20 août 1901, elle a vu ses règles comme à l'ordinaire, c'est-à-dire ni plus ni moins douloureuses que d'habitude, d'abondance normale et de quatre ou cinq jours de durée. En septembre, les menstrues ont duré du 20 au 25, dans des conditions tout aussi régulières; et elle a eu, à cette occasion, des crises de nervosité auxquelles elle est sujette : vertiges, excitations, pleurs faciles, etc.

En octobre et novembre, les règles font absolument défaut.

La malade nous arrive le 22 novembre.

Voici la note recueillie ce jour-là.

Par le toucher, on constate que le bassin est rempli par une tumeur qui paraît double. En arrière, très bas, et déprimant le cul-de-sac de Douglas, tumeur régulière, demi-dure qui paraît bien être l'utérus rétroversé, notablement augmenté de volume et d'une consistance diminuée.

Le col regarde en haut et en avant. Il ne s'élève pas jusqu'à la symphyse pubienne. En avant et à droite, le fond du bassin est occupé par une tumeur résistante, régulière, lisse, ellipsoïde qui paraît un peu aplatie d'avant en arrière. Cette tumeur jouit d'une

certaine mobilité, grâce à quoi on peut la déplacer en la soulevant par le toucher, et mieux apprécier la situation et le volume de la matrice. Lorsqu'on la laisse retomber à sa place primitive, on perd la notion précise des rapports de l'utérus. Le diagnostic qui s'impose est :

Tumeur annexielle droite;

Rétroversion utérine.

Reste à déterminer l'état de grossesse qui paraît assez probable. La malade éprouve des lassitudes fréquentes, en outre des manifestations nerveuses susdites. Les seins sont augmentés de volume; l'aréole est pigmentée et les tubercules de Montgomery saillants.

A la pression, on fait sourdre quelques gouttes de colostrum : il y a des vomisssements fréquents le matin. Constipation opiniâtre depuis deux mois. La grossesse est admise et je m'abstiens de tout examen direct qui pourrait donner plus de précision au diagnostic, mais compromettre la gestation.

Comment expliquer la rétrodéviation? Pendant le mois d'août et de septembre, M... ne s'est livrée à aucune occupation pénible, elle n'a fait aucun effort violent, éprouvé aucune fatigue excessive dont elle se souvienne. Elle n'a point ressenti d'émotion.

La déviation est donc ici fonction d'autres éléments étiologiques que ceux rencontrés d'ordinaire : la présence d'une tumeur occupant l'aire antérieure du bassin et faisant obstacle à l'utérus en avant, joue certainement un rôle mécanique dans cette rétroversion.

Quoi qu'il en soit, la malade ressent, dès le début, à peu près, des douleurs lombaires et abdominales presque constantes, très pénibles; et, depuis quelque temps, ces douleurs ont crû au point de troubler le sommeil et de rendre la marche difficile et le travail presque impossible.

En dehors des crises aiguës, elles revêtent la forme de pesanteurs et de tiraillements pénibles, accompagnés d'un sentiment de lassitude générale.

La malade est mise au repos au lit.

Dès le lendemain de son entrée, elle reçoit des lavements destinés à débarrasser l'intestin. Dans la suite, on procède à une série d'applications du ballon de Gariel dans le rectum, cependant que la patiente est dans l'attitude génu-pectorale.

Les ballons sont remplis d'abord avec 120 grammes d'eau et laissés en place pendant cinq minutes. On augmente avec lenteur et progressivement. Ce traitement est fort pénible et mal supporté.

J'ordonne alors un massage doux et rationnel qui est exécuté par une praticienne experte, Mlle Half-Pernu, de Stockholm en vue de réduire la déviation.

Pendant une semaine, le massage est exécuté chaque jour par la voie vaginale et par la voie rectale, et finalement abandonné. Durant ce temps, on veillait à l'évacuation de la vessie et on prescrivait le décubitus abdominal.

Au bout de ce délai, j'examine M... La tumeur abdominale droite est toujours aussi volumineuse; elle paraît moins résistante et plus dépressible. On a l'impression qu'il s'agit d'un kyste très probablement. Elle est devenue plus mobile. L'utérus lui-même qui a conservé son attitude vicieuse me paraît, néanmoins, plus aisé à déplacer; il se laisse un peu soulever et ramener en avant par les doigts introduits dans le vagin. Mais toute tentative de réduction avec plusieurs doigts, avec la main entière, la malade étant en position génu-pectorale, est inutile et inefficace, outre qu'à chaque fois la malade souffre beaucoup.

J'attends jusqu'au 9 décembre pour intervenir. A ce moment, l'attitude vicieuse de l'utérus est plus accentuée que jamais; le fond de l'organe déprime fortement le Douglas et descend très bas. Les douleurs sont vives et fréquentes, et il y a des périodes d'anurie qui nécessitent plusieurs fois le cathétérisme.

Opération. — Elle est pratiquée le 9 décembre sous le chloroforme.

Laparotomie avec incision courte. A l'ouverture du ventre et tout en avant, derrière la vessie, apparaît une tumeur transparente, du volume d'une orange à laquelle est accolée la trompe droite. C'est l'ovaire converti entièrement en un kyste unique muni d'un pédicule de 2 centimètres de longueur environ. En écartant cette tumeur, on aperçoit l'utérus étalé, de couleur violacée, luxé en arrière et rejeté totalement dans le fond du Douglas. En examinant attentivement l'organe dévié, on observe qu'il est bridé sur le côté droit par la trompe correspondante, adhérente au mésocæcum et à la paroi pelvienne postéro-latérale au moyen de tractus membraneux peu résistants, allongés, peu tendus pour la plupart.

Un peu de sérosité rosâtre est logé dans de minimes aréoles cellulaires, à ce niveau.

A gauche, l'utérus est fortement attiré de ce côté par une bride tendue et assez épaisse qui va rejoindre en dehors les vestiges du ligament infundibulo-pelvien. C'est le moignon des annexes extirpées seize mois auparavant. De cette bride partent, en arrière,

quelques tractus réunis entre eux, paraissant se détacher de la corne utérine et se portant en éventail sur la paroi latérale gauche du pelvis. C'est le ligament large, raccourci et plissé.

En glissant la main derrière l'utérus, ces divers détails sont reconnus et en même temps d'autres adhérences, celles-ci lâches et molles, sont détachées du bout des doigts, aisément.

Les annexes droites sont alors saisies, liées et réséquées. L'utérus est mobilisé et délogé sans difficulté aucune, les ligaments ronds, observés dès le début de l'opération, sont démesurément allongés. Leur raccourcissement par fixation bilatérale à la plaie est exécuté rapidement.

Une anse de chacun des ligaments traverse une boutonnière fibro-musculaire pratiquée sur le bord interne de l'insertion de chacun des grands droits de l'abdomen et est suturée à sa congénère ainsi qu'à l'aponévrose, suivant le procédé déjà décrit sommairement dans la thèse d'*Hivet* et dont la description sera reprise.

L'utérus reste alors fixé en antéversion attiré et ramené par son pédicule ligamentaire long de 3 centimètres à peu près. Sa face antérieure est distante d'un demi-centimètre environ de la paroi abdominale.

L'intestin grêle a repris sa place dans l'excavation, en arrière de l'utérus.

Fermeture du péritoine au catgut; occlusion des téguments aponévrotiques et cutanés par des crins de Florence.

J'ai déjà fait ressortir que ce procédé d'hystéropexie médiate ligamentaire laisse à l'utérus son entière liberté et permet son ascension aisée dans l'abdomen.

Un pessaire de Hodge est appliqué.

Suites opératoires normales. — Grâce aux lavements laudanisés et à la teinture de *Viburnum prunifolium* donnée par doses de 20 gouttes, trois fois par jour, on n'observe ni contractions utérines, ni pertes sanguines.

Le douzième jour, la plaie étant solide et de bon aspect, les fils sont enlevés. La malade sort fin décembre 1901.

La grossesse continue à évoluer tout à fait normalement; l'utérus est en position régulière et son fond dépasse la symphyse de quelques centimètres.

L'opérée revient à la consultation le 10 février 1902.

Elle est réexaminée attentivement; l'état général est bon; cicatrice abdominale solide; l'utérus affleure l'ombilic; il est légèrement déjeté à droite.

Le palper abdominal fait reconnaître un ballottement très net en bas.

Par le toucher vaginal, on trouve le col utérin long et très élevé. Il n'y a aucune apparence de colpocèle antérieure ni postérieure, le cul-de-sac de Douglas est entièrement vide.

L'auscultation révèle les battements du cœur fœtal bien frappés sur la ligne médiane. La mère dit sentir les mouvements actifs. Le colostrum est abondant dans les seins.

« La malade a été suivie d'aussi près que possible ; le pessaire a été enlevé lorsque l'utérus a eu acquis un développement suffisant dans l'abdomen », à la fin du cinquième mois.

Le 26 *mai* 1902, M... vient à la consultation et l'on peut prendre des renseignements intéressants sur la marche de la grossesse et le pronostic de l'accouchement.

La hauteur de l'utérus est de 27 centimètres.

Le fœtus présente le siège un peu incliné : dos à gauche. La tête ballotte dans l'hypochondre droit.

L'excavation est vide ; on atteint avec peine une petite extrémité.

Le col utérin est haut et occupe le centre du bassin.

Nous sommes à la fin du huitième mois à peu près. Les parois utérines, quoique assez tendues, doivent permettre *la version par manœuvres externes* qui est pratiquée séance tenante et sans grandes difficultés. La tête est ramenée en bas.

Cette attitude du fœtus se maintient pendant quelques jours.

Le 2 *juin* 1902, le siège est redescendu au niveau du détroit supérieur où il est très mobile ; le col est assez long et fermé.

Le 11 *juin*, la présentation restant la même, avec un siège complet, mobile et élevé, je pratique à nouveau la version externe. La malade est admise dans le service, et la présentation régulière de la tête aisément obtenue est maintenue au moyen d'attelles d'ouate latérales, modérément serrées.

Le 16 *juin*, la tête est engagée. On remarque le peu de développement relatif du segment inférieur de l'utérus, ce qui n'a pas lieu de surprendre, quand on se rappelle l'attitude première de l'organe rétrofléchi à angle aigu avec son segment cervical supérieur anormalement allongé.

Accouchement, à terme, normal, le 30 juin 1902.

Dès la veille, 29 juin, le travail débute à 9 heures du soir ; la dilatation du col est égale à une pièce de 50 centimes ; la tête est descendue profondément dans le bassin ; elle est en O. I. G. A.

La dilatation du col est complète le lendemain, 30 juin, à 8 h. 45 du matin. La rupture de la poche des eaux a eu lieu à 6 heures. Expulsion spontanée de l'enfant à 9 heures du matin.

La durée de la période de dilatation a été de 11 h. 45 minutes; celle de la période d'expulsion a été de 15 minutes.

Délivrance naturelle à 9 h. 20.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 2.850 grammes.

Le placenta pèse 500 gr. et ne présente rien d'anormal.

Suites de couches. — *Le 4 juillet*, l'utérus est en très bonne position; la hauteur du fond, mesurée par l'abdomen, est de 12 centimètres; le col est régulier et bien au centre du bassin.

La cicatrice de la laparotomie est solide, épaisse, formant un très léger bourrelet, de teinte foncée.

Du 5 au 8 juillet, une poussée légère de lymphangite des deux seins, rapidement disparue sans autre complication.

Le 12 juillet, la malade quitte la Maternité en parfait état; l'utérus est petit, haut et en bonne position. Il ne s'écoule point de lochies colorées. J'applique un pessaire de Hodge qui restera en place pendant quelques semaines, en tout cas jusqu'après le retour des règles, si la malade ne nourrit pas; plus longtemps si elle nourrit.

L'enfant pèse 2.950 grammes.

La malade, revue à diverses reprises, notamment à la fin du mois d'août, se porte très bien. L'utérus est en bonne position.

Aucune apparence de colpocèle.

La malade étant définitivement rendue stérile par l'ablation des annexes, il est certain que l'appareil génital va subir un mouvement d'atrophie très rapide.

***

Cette observation a été présentée devant la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, le 9 décembre 1901.

Dans le commentaire que j'en fis alors, je fis remarquer que la rétroversion paraissait avoir deux causes, sinon trois. La première tenant très certainement à la laxité des ligaments utérins et des tissus musculaires du pelvis, et du segment moyen de l'utérus; — la seconde, à l'existence d'une tumeur annexielle volumineuse (kyste ovarique droit en avant et sur le côté droit de l'utérus; — la troisième à la rétraction singulière du pédicule des annexes gauches extirpées plusieurs mois auparavant, rétraction qui s'était manifestée par la persistance d'une bride adhérentielle ancienne

ou par la formation d'une bride nouvelle résistante, épaisse. Son existence ne pouvait être niée, puisque je l'avais remarquée au cours de l'opération et que j'avais fait noter avec soin, non seulement les caractères, la direction de la bride et sa tension, mais aussi la traction manifeste qu'elle exerçait sur l'utérus rétrodévié et attiré à gauche, au moment de la réduction de l'organe.

Cette particularité pouvait avoir un intérêt au point de vue de l'étiologie de la rétroversion de l'utérus gravide; elle en a pour moi dans le cas particulier, car il s'agit d'extirpation *unilatérale* des annexes, dans un cas spécial de grossesse ectopique ayant créé des anomalies de *rapports pelviens* par adhérences de voisinage, et enfin *récemment opérée*, quand la nouvelle grossesse se produisit. Ces trois considérations sont à spécifier pour écarter ce qu'aurait d'inadmissible la proposition absolue qui consisterait à vouloir faire jouer un rôle à la rétraction du pédicule après la salpingo-ovariotomie, pour la production d'une déviation postérieure de l'utérus. Mais dire qu'une déviation latérale, postéro-latérale, et même franchement postérieure, ne se produit pas dans certains cas, à la suite d'opérations unilatérales sur le pelvis et les annexes, c'est aller trop loin. J'en ai constaté quelques cas, chez mes opérées.

Dans les cas d'extirpation bilatérale des annexes, le fait n'a ni intérêt ni portée et ne vaut pas d'être mentionné, car ici la stérilisation de la malade, la suppression de la fonction ovarienne et de la menstruation amènent une telle atrophie de l'utérus et dans un délai si rapide que la constatation d'une déviation quelconque n'est point poursuivie si tant est que celle-ci puisse apparaître dans un organe ainsi atrophié.

Je dois donc, pour être complet, placer ici les considérations émises par quelques-uns de mes collègues, spécialement au sujet de ce point d'étiologie, et auxquelles je me réservais de faire la réponse explicative que je viens de donner par avance.

Elles ont, d'ailleurs, un intérêt chirurgical que je ne méconnais nullement.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION QUI PRÉCÈDE, A LA SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE DE LA SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE PARIS.

« M. **Pinard**. — M. Doléris attribue à la rétraction du pédicule des annexes enlevées un rôle important dans la bascule de l'utérus. Mais nous avons un grand nombre d'observations semblables où

on n'a pas noté de rétroversion. Je viens de voir tout à l'heure une dame qui, depuis l'opération qu'elle a subie, a mené trois grossesses à terme. Aussi ne puis-je attacher une grande valeur étiologique à cette circonstance.

M. **Champetier de Ribes.** — J'ai aussi pu observer une femme à qui on a enlevé, il y a quatre ans, les annexes gauches; elle a, depuis lors, mené à bien une grossesse avec un enfant énorme qui s'est, il est, vrai, présenté par l'épaule.

M. **Pozzi.** —Je ne crois pas que le plissement du bord supérieur du ligament large puisse causer la rétroversion. C'est plutôt le contraire qui doit arriver; quand on suture le ligament large, l'utérus se redresse par là même, et l'hystéropexie se fait pour ainsi dire toute seule. Donc, le fait intéressant dont parle M. Doléris doit être considéré comme une exception.

M. **Pierre Delbet.** — L'effet de l'ablation des annexes sur la position de l'utérus diffère beaucoup, suivant la manière dont l'opération est pratiquée.

Lorsqu'on opère à l'ancienne mode, lorsqu'on fait la ligature en masse des pédicules, l'utérus est fortement amené en avant par le froncement des ligaments larges. M. Segond m'a montré le fait lorsqu'il remplaçait à la Charité M. Trélat dont j'étais l'interne.

Je l'ai bien des fois constaté depuis. Rien d'ailleurs n'est plus facile.

Depuis bien des années, j'ai abandonné cette manière de faire pour lui substituer la ligature isolée des vaisseaux, suivie d'un surjet séro-séreux fermant la brèche faite au ligament large. J'ai décrit cette technique, pour la première fois, au Congrès de chirurgie. Lorsqu'on la suit, l'ablation des annexes n'a aucune influence sur la situation de l'utérus.

Actuellement, lorsque les lésions commandent l'ablation bilatérale des annexes, j'enlève l'utérus avec elles. Mais, lorsque je fais une ablation unilatérale, je fais toujours une hystéropexie. J'ajoute que l'hystéropexie bien faite n'a aucun inconvénient. Quelques-unes de mes opérées ont accouché à terme, et sans incident, dans le service de M. le professeur Pinard. J'ai reçu tout récemment des nouvelles d'une de mes opérées de province, à qui j'ai enlevé simultanément, il y a quelques années, l'appendice avec les annexes droites et qui vient d'accoucher normalement.

M. **Hartmann.** — Je fais aussi la ligature séparée des vaisseaux et un surjet sur le ligament large. La seule différence entre mon

procédé et celui de Delbet est que, au lieu de faire une hystéropexie, je plisse les ligaments ronds. »

***

Sans sortir de la question de l'étiologie de la rétroversion, qui est de première importance, je dois encore signaler ou plutôt faire remarquer avec insistance l'influence héréditaire chez la malade qui fait l'objet de l'observation: arthritisme chez le père, aliénation mentale chez la mère. Ces deux mentions, toutes laconiques qu'elles sont, ont une éloquence très réelle pour qui s'étudie à déméler les choses de la pathogénie dans les déviations génitales chez la femme. Un interrogatoire précis et détaillé m'a instruit, en outre, d'un certain nombre de troubles très caractéristiques qui existaient chez ma malade et qui cadrent avec ce que j'observe depuis longtemps dans les cas analogues. Une longue digression à cet égard ne saurait trouver place dans une monographie comme celle-ci. Il me suffira donc de dire que la grossesse ectopique, la rétrodéviation, voire la néoplasie ovarique relèvent d'un état constitutionnel particulier où domine la névropathie héréditaire, et est adéquat à une étiologique qui tendra à entrer de plus en plus dans les idées classiques, quand les gynécologues voudront se donner la peine de contrôler, par une enquête rigoureuse et précise, les données que j'ai depuis longtemps émises à cet égard. Plus que l'homme, la femme nous fournit l'exemple de ces formes de névropathie qui se caractérissent par des parésies musculaires, principalement dans les appareils de la vie organique: ptoses intestinales, ptoses gastriques, relâchements, distensions des parois, dilatations, tympanisme habituel, ptoses génitales, prolapsus et déviations de l'utérus, relâchements des muscles pelviens, — paralysie de la trompe au cours de la migration ovulaire et grossesse ectopique consécutive, etc. Il est impossible de n'être pas frappé de la fréquente concordance de ces effets et de l'élément étiologique que je signale.

Dans l'observation qui précède, la concordance est au moins intéressante et rentre dans ce que je considère comme un principe incontestable.

On va la retrouver dans l'observation suivante.

Observation III

Rétroversion de l'utérus gravide. — Rétention d'urine. — Enclavement profond. — Laparotomie. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. — Libération et fixation de l'utérus incarcéré. — Guérison. Marche normale de la grossesse jusqu'au terme régulier.

M... Anna, femme C... cuisinière, 34 ans, entre à la Maternité le 8 avril 1902. Elle est domestique chez Mme Procopé, masseuse suédoise, qui me l'a adressée.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 68 ans, en juin 1902, c'est-à-dire récemment et après l'opération que j'ai fait subir à sa fille.

La mère vivante, nerveuse, irritable, est extrêmement émotive, sans qu'elle ait eu des crises bien nettes, au moins à la connaissance de sa fille. Depuis seize ans, époque à laquelle la ménopause est survenue, tous les mois, à la période correspondante, elle ne manque jamais d'éprouver une série d'accès de perte de connaissance qui durent pendant un quart d'heure ou une demi-heure. Elle a eu dix enfants dont cinq sont morts.

Antécédents personnels. — La malade a été très strumeuse dans sa première enfance. Elle a eu de nombreuses éruptions dont il reste deux traces cicatricielles, l'une à l'avant-bras droit, et l'autre au flanc droit. Ces traces ont dû succéder à des ulcérations profondes.

A l'âge de 12 ans, première atteinte d'urticaire avec vomissements et douleurs abdominales revenant tous les mois, parfois tous les quinze jours. Ces crises s'accompagnaient d'élévation de la température. C'était une véritable fièvre ortiée périodique. Phénomènes nerveux, pleurs, spasmes laryngés, boule hystérique.

Cet état de choses dura sept ou huit ans. Le plus souvent, l'urticaire apparaît après l'ingestion de charcuterie et de poissons. La malade était à cet âge très obèse et très nerveuse ; jamais chlorotique.

Elle a été réglée très tard et très difficilement. Elle avait *vingt ans*, lorsqu'elle a eu sa première menstruation. A partir de l'apparition régulière des époques qui étaient très douloureuses et très abondantes (huit jours), disparition des crises d'urticaire fébrile et de la nervosité.

A la suite de violentes contrariétés occasionnées par une perte d'argent, elle fut affectée d'albuminerie avec anasarque, il y a

six an Pour cela, elle fut soignée pendant un mois à la Charité, par le régime lacté absolu. Au sortir de l'hôpital, crise soudaine d'amaigrissement : de 70 *kilos* qu'elle pesait au début elle est tombée à 60 *kilos*.

Jamais d'enfants, ni de fausses couches.

Les premiers rapports sexuels n'ont eu lieu qu'à un âge déjà avancé, après les époques régulières du mois de janvier de cette année 1902, c'est-à-dire vers le 10 ou le 12. On peut donc admettre que la grossesse actuelle remonte aux premiers jours de janvier. Les règles qui auraient dû reparaître le 6 février ne se sont plus montrées.

Il faut noter que jamais la malade n'a remarqué de pertes rouges entre les règles. Elle était encline, au contraire, à avoir de la leucorrhée. Les pertes blanches se modifièrent, il y a six ans, lors de la crise d'albuminurie. Elles devinrent jaunes, tachant et empesant le linge.

Depuis la suppression des règles, quelques nausées le matin, pas de vomissements.

Pas d'augmentation du volume des seins, somnolences. Dès les premiers jours de mars, apparition de douleurs lombaires et abdominales qui rappellent les douleurs du début de la menstruation. Pas de tiraillements ni de douleurs inguinales. Les souffrances se sont exaspérées dans les lombes et dans la région sacrée vers la fin mars, succédant à un surmenage manifeste.

Durant toute la semaine sainte, en effet, la malade a fait le grand nettoyage des appartements, nettoyage des carreaux, des glaces, suspension de rideaux, etc. Pour ce travail pénible, elle était perchée, pendant toute la journée, sur une échelle, se soulevant parfois sur la pointe des pieds et tenant les bras élevés pour atteindre aussi haut que possible, genre d'effort particulièrement dangereux pour la statique utérine. Le 29 mars, elle ressent comme un poids pénible, douloureux, *qui lui est tombé dans le bas de l'abdomen*. A dix heures du soir, elle fait des efforts pour uriner, sans y parvenir. Le lendemain qui était le dimanche 30 mars, jour de Pâques, après avoir essayé inutilement d'uriner, en proie à des douleurs extrêmement violentes, elle est allée, 60, rue de Rome, chez le Dr Framery qui la sonde et lui retire trois litres d'urine.

Le cathéterisme a été continué pendant une semaine, une fois par jour ; au bout de ce temps, la malade consulte le Dr Desnos qui me l'envoie avec un mot m'indiquant la rétention d'urine de cause gravidique.

Le 8 avril, elle arrive à l'hôpital, accompagnée de sa maîtresse, Mme Procopé, masseuse suédoise. Le diagnostic, à ce moment, était précis : *Rétroversion de l'utérus gravide. Rétention d'urine.*

La malade, qui souffre beaucoup, est sondée ; l'urine n'a aucune odeur suspecte. Elle se plaint, en outre, de constipation opiniâtre et de douleurs violentes au niveau de l'anus, du périnée, au moment de chaque selle.

Le ventre est légèrement augmenté de volume ; ligne brune visible ; les seins ont grossi, leur aréole est pigmentée ; on aperçoit quelques tubercules de Montgomery, mais la pression ne donne pas de colostrum.

Palpation. — On sent un utérus gros, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Toucher. — Le col est un peu effacé, mou, regardant en avant, haut situé, appliqué derrière la symphyse. Le corps de l'organe, gros, donnant l'impression d'un utérus de trois mois, est complètement basculé en arrière et emplit tout le fond de l'excavation. Il paraît libre d'adhérences et susceptible de déplacement ; mais son profond enclavement dans le Douglas rend cette mobilité très limitée. Il faut noter surtout, en effet, l'abaissement excessif du cul-de-sac de Douglas lui-même, profondément déprimé, en sorte que l'utérus paraît verticalement disposé, le fond très rapproché du périnée profond. Il ne faut pas songer à une réduction. Le Dr de Framery et Mlle Procopé, masseuse, dont je connaissais l'expérience et l'habileté en matière de massage génital, dans des cas analogues, chez la femme non gravide, ont déclaré que la réduction n'était pas possible, estimant qu'il ne fallait pas la tenter. Telle était aussi mon opinion aussitôt après l'examen dont je viens de donner les résultats. J'ai mis la malade en observation et décidé de procéder au traitement chirurgical.

Opération le 11 *avril* 1902. — Chloroformisation. Laparotomie à courte incision. Après l'ouverture de l'abdomen, je constate que l'utérus est mou, dépressible, peut-être par excès de liquide, mais plus sûrement par minceur anormale de sa paroi ; la teinte en est très foncée, livide, par gêne circulatoire certainement. Il est plongé profondément dans le Douglas et situé verticalement de façon que le col, ramené très haut derrière la symphyse, est perçu aisément au travers de la vessie. Les annexes sont normales. Il n'existe pas d'adhérences. La réduction a pu être effectuée par des tractions simultanées exercées sur les deux ligaments ronds, saisis par des pinces de Kocher, dans le voisinage de la corne utérine. De légers mouvements d'inclinaison à droite et à gauche ont précédé la trac-

tion directe de l'utérus; un bruit de clapotement a marqué le moment précis du désenclavement.

Fixation des ligaments, selon le procédé ordinaire, c'est-à-dire transfixion des bords des muscles droits, engagement de l'anse ligamenteuse à 2 centimètres de la naissance des cordons sur l'utérus.

Sutures multiples superficielles et profondes au catgut.

Sutures isolées du péritoine et de la paroi. Tamponnement vaginal.

Suites opératoires. — Après l'opération, lavement laudanisé (XV gouttes).

Pas de vomissements. Dans les vingt-quatre heures, il a été fait à l'opérée trois piqûres de morphine, un quart de seringue chaque fois, à intervalles réglés.

Nuit calme, expulsion abondante de gaz par le rectum.

Cathétérisme toutes les cinq heures.

12 avril. Même état, même traitement.

Dans la soirée (5 heures), la malade a eu une petite selle, provoquée par un lavement glycériné (un quart de litre d'eau).

Sept heures du soir : lavement laudanisé, X gouttes.

Nuit calme, pas de coliques, d'aucune nature.

Température normale. Pouls régulier et lent.

13 avril. Légère purgation. Deux selles abondantes ; trois vomissements biliaires dans la journée.

Un quart de c. c. de morphine, à 9 heures.

Nuit calme, longues périodes de sommeil.

Température normale.

14 et 15 avril. Rien à signaler. Même traitement.

16 avril. Même état général.

Alimentation : lait, bouillon, thé au rhum ; pas de contractions utérines. Malgré cela, on donne encore un petit lavement laudanisé (10 gr.).

20 avril. Les fils sont enlevés ; la plaie est en très bon état. Utérus mou bien situé ; col long et assez haut. Mictions abondantes.

25 avril. Hauteur de l'utérus : 13 centimètres.

Depuis ce moment, rien à signaler. La malade se porte très bien. Très bon appétit.

Le 11 mai 1902, la hauteur de l'utérus est de 14 centimètres ; le col est long et fermé.

M... quitte le service le lendemain, 12 mai, c'est-à-dire un mois exactement après l'opération. La cicatrice épaisse et résistante réclame seulement le port de la ceinture de grossesse ordinaire.

Le 6 septembre, M... revient à la consultation.

La hauteur de l'utérus est de 36 centimètres.

Présentation du sommet, non engagé, mobile en O.I.D.P.

Le col est très haut situé. L'orifice externe est perméable; le canal cervical est exactement fermé.

Le vagin est étroit, assez long.

On sent, dans le cul-de-sac de Douglas, entre le ligament utéro-sacré épais et bien tendu, une masse mollasse, donnant la sensation d'une anse intestinale.

Je décide de recevoir la malade à la Maternité pour y surveiller la fin de sa grossesse, jusqu'au moment de l'accouchement qui doit régulièrement s'effectuer vers le 15 octobre.

Elle a été prise d'un peu de diarrhée le 20 septembre et s'est trouvée un peu fatiguée, sans néanmoins ressentir de douleurs.

Le 8 octobre, pesanteur dans le bas-ventre et légères douleurs dans les seins. Le fœtus est toujours en O.I.D.P., tête profondément engagée.

Le col est court et ramolli; cicatrice abdominale épaisse, brunâtre.

La malade porte simplement une ceinture de flanelle.

Accouchement. — Le travail débute le 17 octobre à midi. La malade monte à la salle de travail à 9 heures du soir; la dilatation du col est comme une pièce de 5 francs. La position est toujours en O. I. D. P.

A minuit dilatation complète, et à minuit vingt expulsion spontanée d'une fille pesant 3.200 grammes.

Délivrance naturelle. — Le placenta est ovalaire, du poids de 520 grammes, inséré marginalement très près de l'orifice. La mensuration des deux lambeaux donne 22 et 0.

Longueur du cordon. — 63 centimètres.

La délivrance s'est effectuée sans perte anormale de sang. Mais, deux heures après, hémorragie interne. Une masse de 980 grammes de caillots est retirée de l'utérus. Après cela, la rétraction se fait normalement et se maintient.

Le lendemain 18 octobre. Etat normal. La hauteur de l'utérus est de 18 centimètres. La longueur de la cicatrice, qui à la fin de la grossesse était de 17 centimètres, s'est réduite maintenant à 11 centimètres.

Je me borne à l'énoncé de ces deux observations : la première ayant été suffisamment commentée et celle-ci ne devant offrir des considérations nouvelles à formuler que plus tard.

Je puis, dès maintenant, déduire des trois faits récents observés par moi, longuement et minutieusement, qu'il y a une différence radicale entre ces cas et ceux que j'avais précédemment observés de la même affection.

J'estime qu'il y a lieu d'établir une première distinction entre les rétrodéviations de l'utérus gravide, suivant qu'il s'agit, comme pour l'utérus non gravide, d'une déviation au premier degré ou d'une déviation complète.

Dans le premier cas, l'utérus renversé repose sur le Douglas, peu abaissé, le déprime lentement, finit par se libérer de lui-même au décours du deuxième ou du troisième mois.

Dans le second cas, déviation complète, l'utérus est entièrement renversé, verticalement situé dans le Douglas très approfondi; il est là comme une bouteille reposant sur le fond, tandis que le col est reporté au-dessus de la symphyse.

Dans le premier cas, il y a peu ou pas d'abaissement, de colpocèle, très peu d'affaissement du plancher pelvien.

Dans le second, ces conditions sont, au contraire, à leur maximum.

On comprend dès lors que la première variété, dans laquelle les altérations des tissus qui constituent des conditions prédisposantes sont peu accentuées, soit susceptible de guérir spontanément, ou, au pis aller, de se terminer par un avortement dont la cause vraie doit souvent échapper à l'accoucheur.

On comprend aussi qu'elle cède à la série de traitements et de manœuvres qui réussissent d'ordinaire.

Mais il faut convenir que, dans la deuxième variété, rétroversion complète, l'incarcération devienne la règle. Et, dès lors, suivant la tolérance de l'utérus, l'avortement se produit, ou bien ce sont les complications habituelles qui apparaissent et appellent l'attention.

Ce n'est pas tout.

Il faut aussi distinguer l'état du col, du segment moyen principalement. Il peut être allongé anormalement. Cette condition favorise la rétroflexion à angle aigu et rend les manœuvres de réduction hâtives, très difficiles, en même temps qu'elle empêche le maintien de l'utérus en bonne situation et facilite les récidives, même si on a la précaution d'appliquer un pessaire.

Le col peut être normal dans ses dimensions et, dans ce cas, les conditions paraissent meilleures pour la reposition.

Enfin, il faut envisager aussi le rôle des adhérences anciennes soit de l'utérus soit des annexes, dans certains cas de rétroprolapsus anciens et de déplacement de celles-ci.

Je ne fais que signaler ces trois points, qui, par comparaison des faits favorables et des faits ayant réclamé l'intervention, me paraissent devoir être mis en relief, dans la rétroversion de l'utérus gravide, tout autant sinon plus que dans la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité. Ils méritent des développements que je ne puis leur donner à cette place.

Technique opératoire. — J'ai proposé depuis longtemps la méthode employée dans les cas précédents.

Le premier procédé est fort ancien et date de 1889. Il est bien mien et original, ainsi que l'ont démontré Richelot, Fumay et Hivet, plus et mieux que je n'ai voulu le faire moi-même.

Le deuxième procédé est une variante plus nouvelle qui date de 1900 et qui est décrite dans la thèse d'Hivet ainsi que dans les observations ci-dessus relatées.

Loin d'être une complication, ce dernier procédé assure une fixation on ne peut plus solide et durable. Ne fût-ce que cela, pour répondre aux adversaires des autres procédés d'hystéropexie immédiate, ou d'hystéropexie médiate par raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, je me féliciterais d'avoir apporté ces quelques modifications qui ne compliquent nullement la méthode.

Je ne veux rien changer aux descriptions déjà publiées et auxquelles il y aurait peu à ajouter, l'une par mon élève Fumay, l'autre par Hivet.

I. — Premier procédé de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, par inclusion pariétale d'une anse de chaque ligament dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Je reproduirai simplement la description de ce procédé tel qu'il est dans la thèse de mon élève Fumey (Paris, 1900.)

Le procédé opératoire, préconisé et mis en pratique par M. Doléris, peut être divisé en quatre temps :

Premier temps : Ouverture de l'abdomen ;

2e temps : Reconnaissance et libération de l'utérus ;

3e temps : Reconnaissance et saisie des ligaments ronds ;

4e temps : Fixation des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la place. Fermeture de l'abdomen.

1er Temps. *Ouverture de l'abdomen.* — La malade étant anesthésiée et les précautions d'usage étant prises, on fait sur la ligne médiane

une incision de 8 à 10 centimètres qui, de la partie moyenne du pubis, se dirige verticalement en haut vers l'ombilic. La peau, le tissu cellulaire, la ligne blanche, très épaisse et très résistante à ce niveau, et le péritoine sont successivement incisés.

2e Temps. *Reconnaissance et libération de l'utérus.* — Pendant qu'un aide écarte les lèvres de la plaie, et qu'un autre relève soigneusement la masse intestinale, qui se récline d'elle-même si l'on a préalablement placé la malade dans la position de Trendelenburg, le chirurgien introduit la main ou simplement l'index et le médius dans le cul-de-sac de Douglas. Le fond de l'utérus étant reconnu et les adhérences détruites, on ramène la matrice en antéversion normale, en la saisissant au moyen d'une pince tire balle, et on traite les annexes, quand elles sont malades, comme il convient.

3e Temps. *Reconnaissance et saisie des ligaments ronds.* — Les ligaments ronds ne sont facilement reconnus qu'à 4 ou 5 centimètres de l'utérus, car auparavant leurs fibres sont éparpillées, tandis qu'à ce niveau ils sont constitués par un cordon unique blanchâtre nettement saillant sous la séreuse péritonéale, et aisément appréciable. C'est en ce point que le chirurgien doit les saisir, afin de les attirer au dehors.

Pour cela, après les avoir bien reconnus, après s'être assuré en particulier qu'il ne s'agit pas des trompes, faciles à distinguer par leur élargissement au niveau du pavillon et leur situation plus postérieure, il passe au-dessous de chacun d'eux, au moyen d'une aiguille courbe, une anse de fort fil de soie, ou de gros catgut. Grâce à cette anse, les ligaments ronds sont facilement attirés en dehors de l'abdomen et accolés, pour ainsi dire, à l'angle inférieur de la plaie abdominale. La portion externe des ligaments ronds habituellement très atrophiée dans les rétrodéviations utérines, se trouve ainsi notablement raccourcie; s'il est nécessaire, on peut encore les raccourcir davantage par résection d'une plus ou moins grande partie de leur longueur.

N. B. — Fumey indique ici ma pratique dans quelques cas, mais le plus souvent, ainsi que les observations en témoignent, je me contente de fixer l'*anse ligamenteuse*, sans réséquer aucune portion des tissus: le raccourcissement des ligaments est la simple et naturelle conséquence du changement d'insertion qui leur est imposé. En réalité cette insertion de l'extrémité externe des ligaments se trouve reportée du pubis au bord supérieur de la symphyse pubienne par la fixation de l'anse ligamenteuse.

4e Temps. *Fixation des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie.* — Fermeture de l'abdomen.

M. Doléris commence, tout d'abord, par fixer solidement les ligaments ronds aux parties fibreuses prépubiennes, au moyen de deux ou trois gros catguts traversant à la fois ces parties

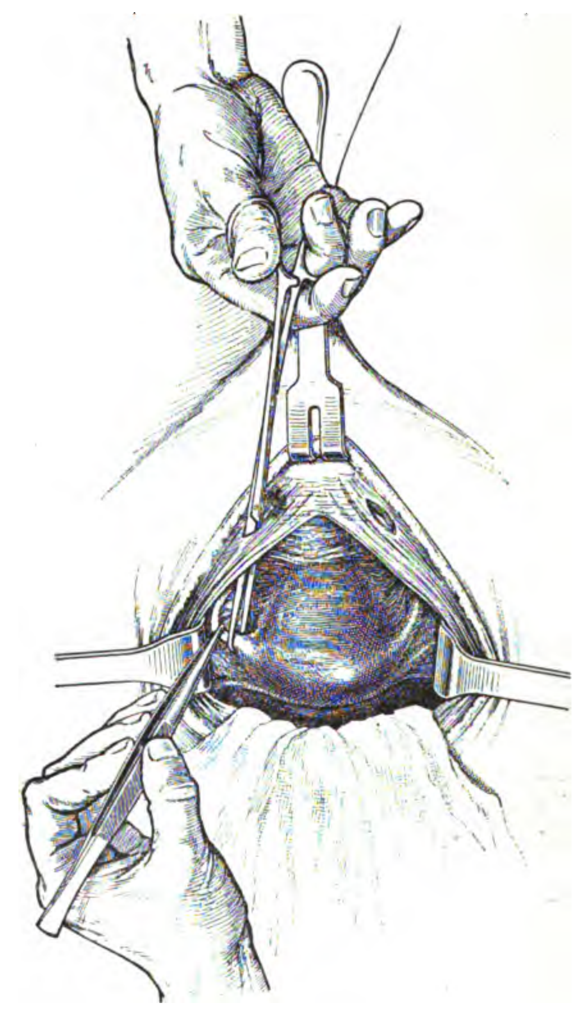


Fig. 1.

fibreuses et les ligaments ronds. Ce n'est qu'après avoir ainsi bien fixé ces ligaments dans l'angle inférieur de la plaie que l'auteur s'occupe de refermer celle-ci. L'ouverture péritonéale est fermée suivant l'usage par un surjet ou par des points séparés traversant

inférieurement les ligaments ronds. Ceux-ci sont encore repris au moment de la suture aponévrotique. Enfin, on place les crins cutanés. De cette façon, dit P. Fumey, dans sa thèse, on a substitué à l'insertion inguino-pubienne des ligaments devenue insuffisante par les tiraillements prolongés qu'elle a subis, une insertion solide, capable de maintenir l'utérus en bonne position. La suture aux tissus fibreux des pubis assure la solidité de cette inclusion.

Ajoutons que, pendant les deux mois qui suivent l'intervention, M. Doléris applique un pessaire de Hodge à ses opérées. »

NOUVEAU PROCÉDÉ DE M. DOLÉRIS
Décrit dans la thèse de M. HIVET (*Paris*, 1901).

1ᵉʳ TEMPS. — Ouverture de l'abdomen. Même incision cutanée que précédemment ; seulement, en l'approfondissant couche par couche, l'auteur a soin de respecter la ligne blanche à sa partie inférieure dans une hauteur d'environ 2 à 3 centimètres à partir du pubis.

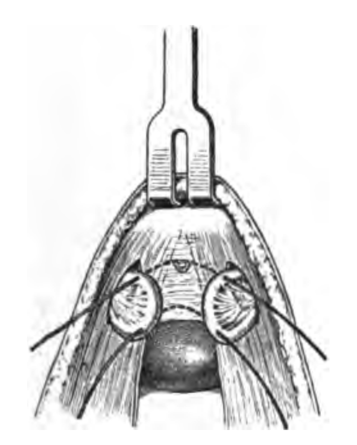


Fig. 2.

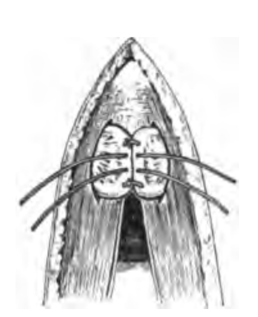


Fig. 3.

2ᵉ TEMPS. — Reconnaissance, libération et réduction de l'utérus. Se fait comme dans l'ancien procédé.

3ᵉ TEMPS. — La reconnaissance et la saisie des ligaments ronds se fait comme tout à l'heure ; mais, à ce moment, M. Doléris pratique, au moyen du bistouri, de chaque côté de la ligne médiane, et au niveau de la bandelette fibreuse qu'il a laissée intentionnellement, un petit orifice traversant à la fois le péritoine, les muscles et leur aponévrose.

Cet orifice est juste suffisant pour permettre, de chaque côté, le passage du ligament rond correspondant soulevé par un fil de soie ou de catgut. (On peut employer aussi une pince de Kocher.)

4e Temps. — Fixation des ligaments ronds dans la plaie. Fermeture de l'abdomen.

Tout d'abord, on accole solidement l'un à l'autre, au moyen de deux ou trois gros catguts, les anses ligamenteuses passées à travers les orifices fibreux. On suture ensuite les plans péritonéaux et musculo-aponévrotiques suivant l'usage, et on termine par la suture cutanée. A ce moment, M. Doléris conseille de reprendre encore, avec deux crins, les anses ligamenteuses qui se trouvent ainsi incluses dans le derme. Grâce à ce quatrième temps, les ligaments ronds se trouvent solidement fixés d'une façon double :

1° Par leur accolement intime l'un à l'autre au-devant d'un solide pont fibreux très résistant auquel ils se trouvent ainsi tous deux amarrés très solidement ;

2° Par leur inclusion dans le derme.

LES TROUBLES GASTRIQUES D'ORIGINE GÉNITALE

CHEZ LA FEMME

par M. Paul Dalché

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le retentissement sur l'estomac des troubles de l'appareil génital de la femme est admis d'une façon si unanime qu'il peut sembler inutile de revenir sur ce sujet. C'est à grand'peine que l'on trouve de rares auteurs prétendant voir entre les affections utérines et les accidents gastriques « une simple coïncidence » (Terrillon) ou « une relation fortuite » (Mackensie, Imlach)[1].

Mais, dans ces dernières années, on a poussé très loin l'étude de la pathologie stomacale, et l'on a joint à la clinique de nouveaux procédés d'examen, analyse du suc gastrique, etc...; nous nous sommes efforcé, sur un grand nombre de malades, d'user des connaissances récentes pour rechercher ce que les troubles gastriques d'origine génitale présentent de particulier, tant au point de vue pathogénique et symptomatique que pour les indications thérapeutiques.

D'autre part, souvent nous ne pouvions nous empêcher de trouver l'effet bien disproportionné à la cause, lorsque, pour expliquer des phénomènes dyspeptiques devenus graves par leur intensité et leur durée, nous entendions accuser une petite ulcération, une leucorrhée banale, symptomatiques d'une légère endométrite cervicale. Si bien que, dans plusieurs cas, nous pensions avoir le droit de nous demander : l'utérus est-il vraiment le coupable? et

[1] M. Paul Delbet, dans un remarquable travail (*Archives générales de médecine*, février 1898) a publié une étude historique, pathogénique et clinique de cette question.

s'il est susceptible de produire de telles complications, son influence nocive n'est-elle pas aidée, augmentée, par des circonstances ou des causes adjuvantes?

Bennett, qui se préoccupait beaucoup d'élucider tous « les phénomènes sympathiques » de la métrite, dit que « les symptômes dyspeptiques et gastralgiques finissent même par prendre une telle prédominance sur tous les autres qu'ils induisent en erreur la malade et le médecin, relativement à la nature de l'affection réelle ». Il est vrai que, plus loin, il ajoute : « Quant à l'intensité de la perturbation digestive, elle dépend en grande partie de l'idiosyncrasie de la malade. Si, par exemple, l'estomac est naturellement débile, il est plutôt et plus gravement affecté qu'en toute autre circonstance. Il est, au contraire, des femmes qui présentent une telle résistance vitale, ou chez lesquelles les sympathies entre l'utérus et l'estomac sont si peu marquées, que la digestion ne se ressent nullement de l'inflammation du col utérin, si prolongée que soit celle-ci. »

C'est avouer qu'il y aurait de l'exagération à incriminer la matrice elle seule; et nous sommes porté à croire que chez un assez grand nombre de malades la lésion utérine joue un rôle étiologique des plus secondaires.

II

ÉTIOLOGIE

A. Utérus et annexes. — Sachons éviter aussi l'exagération inverse ; il serait puéril de ne pas reconnaître que dans des cas déterminés les affections utérines exercent sur les troubles de l'estomac une action indiscutable. Non seulement la dilatation du canal de la matrice, mais le cathétérisme, un simple toucher même suffisent à provoquer des vomissements. On cite toujours comme exemple les sensations nauséeuses qui accompagnent parfois le coït; il est vrai que, le plus souvent alors, les femmes portent des organes génitaux altérés; une des observations les plus typiques concernait un cas de rétroflexion.

Pour expliquer ces relations entre les appareils génital et gastrique, Paul Delbet invoque :

1° La modification de l'état général;

2° Les altérations des sécrétions gastriques;

3° L'action réflexe;

4° Les causes mécaniques.

Son étude nous paraît très judicieuse, mais nous pensons que les altérations des sécrétions stomacales se constatent surtout à la suite de perturbations menstruelles, et nous reviendrons sur ce point. Cependant, au cours de maladies utérines, les hémorragies profuses, une leucorrhée très abondante, des symptômes douloureux longtemps prolongés, etc..., entraînent une hyposthénie qui modifie les qualités du suc gastrique; de même les actions réflexes entrent facilement en jeu à propos de douleurs continues ou de coliques paroxystiques, de tiraillements ligamenteux, d'altérations ou de déplacement de l'utérus et des annexes, et ces multiples influences ne retentissent pas seulement sur les phénomènes sécrétoires, elles atteignent le système nerveux, la musculature de l'estomac, et provoquent des névralgies, des crampes ou des atonies. Pour ces manifestations réflexes, souvent hors de proportion avec la cause, il faut tenir compte d'autres facteurs, tels que la névropathie de la malade, l'état antérieur de l'estomac, etc.

C'est ainsi que la métrite, les déviations, les fibrômes, les phlegmasies péri-utérines chroniques, etc., entraînent des états dyspeptiques très variables. Les accidents de compression méritent aussi d'être signalés : compression des uretères par le cancer et urémie gastrique; compression du rectum dans les exsudats pelviens, dans l'hématocèle, les salpingites, et encore à la suite des rétrodéviations. La constipation chronique qui en résulte, les diarrhées dysentériformes de Lasègue, l'entérite muco-membraneuse qui surviennent par ce mécanisme, occupent un rang important dans la pathogénie des troubles gastriques. Rappelons le fait curieux de Paul Delbet, où la dilatation stomacale succédait aux tiraillements d'adhérences épiploïques fixées sur les organes du bassin.

Mais, s'il est juste d'attribuer à la matrice la part étiologique qui lui revient, une erreur facilement commise consiste à donner à la lésion utérine une importance exclusive qu'elle n'a pas.

D'abord maladie de l'appareil génital et affection gastrique coexistent très souvent, sans avoir été pour cela produites l'une par l'autre; elles relèvent de la même cause, elles sont contemporaines, se compliquent, voilà tout. A la suite d'une couche par exemple, une endométrite se manifeste, avec ou sans déviation; en même temps la sangle abdominale ne revient pas bien sur elle-même, il en résulte un certain degré de viscéroptose avec son cortège de phénomènes dyspeptiques. La métrite et la dyspepsie évoluent parallèlement; elles finissent, il est vrai, par retentir l'une sur l'autre en aggravant leurs symptômes d'une façon simul-

tanée. D'autres fois même, c'est l'estomac qui, malade, le premier en date, amène des conséquences utéro-ovariennes que nous avons étudiées dans un autre travail à propos des *fausses utérines*.

De plus, lorsque d'une manière indiscutable, la lésion génitale a précédé et provoqué les troubles gastriques, la menstruation fait encore intervenir son action pour exaspérer chaque mois les souffrances dyspeptiques et quelquefois changer complètement leur caractère.

B. **Menstruation.** — Quand on suit les malades pendant longtemps, on s'aperçoit en effet que c'est, pour ainsi dire, toujours au moment des époques menstruelles que les phénomènes gastriques deviennent le plus manifestes; parfois même ils s'atténuent au point de disparaître dans l'intervalle des règles.

Que la matrice se trouve dans un état normal ou pathologique, que l'estomac en même temps porte ou non une altération antérieure, pour expliquer les troubles gastriques d'origine génitale, le plus souvent ce n'est pas l'utérus qui reste le principal coupable, mais bien l'ovaire, ou plutôt l'ovulation, la menstruation.

C'est à propos de la venue de règles que des douleurs inattendues ont attiré l'attention du côté de l'estomac, ou bien la femme accusait déjà certains malaises, mais, avec le molimen cataménial elle a ressenti une telle exacerbation qu'elle fait, à tort du reste, débuter sa dyspepsie à ce moment. D'autres fois, l'état va s'aggravant chaque mois d'une manière progressive.

Les phénomènes menstruels suffisent à eux seuls pour donner naissance aux accidents digestifs, mais, comme nous l'avons dit plus haut, ils se greffent dans nombre de cas sur une lésion génitale, pour entretenir et exaspérer ceux qu'elle avait provoqués. Bien souvent ils trouvent le terrain tout préparé, et nous constatons qu'ils exagèrent des souffrances dyspeptiques d'ancienne date. Il arrive même que des dyspepsies pour ainsi dire latentes, ou du moins méconnues jusqu'à ce jour, se révèlent brusquement par une crise due à la poussée menstruelle; en remontant dans les antécédents, on s'aperçoit alors que les malades étaient atteintes depuis longtemps.

Du reste, c'est une notion courante et extra-médicale, la simple venue des règles normales s'accompagne volontiers de quelques accidents des voies digestives. Au moment de la puberté, à la ménopause, les troubles gastriques prennent une importance très grande; et, au cours de la vie génitale, une perturbation menstruelle, de n'importe quelle nature, devient susceptible d'amener

des complications stomacales. Déjà Lorry accusait la suppression des règles, l'aménorrhée, dans la pathogénie de la gastralgie ; la dysménorrhée se complique de douleurs à distance et en particulier au niveau de l'estomac, de même les métrorrhagies.

Mais comment la menstruation agit-elle de la sorte, et pourrons-nous en tirer quelques conclusions au point de vue thérapeutique?

Dans la menstruation nous avons à considérer deux phénomènes : le plus évident, c'est la *poussée fluxionnaire* qui se porte sur la matrice, mais pas d'une façon exclusive, et se manifeste aussi sur d'autres organes et d'autres régions. Un second phénomène, plus caché mais non moins important, sinon plus, puisqu'il tient sans doute la fluxion sous sa dépendance, c'est le travail ovarien. Que la *sécrétion interne* de l'ovaire soit produite par le corps jaune, que son élimination soit au contraire continue, avec augmentation à l'époque cataméniale, il semble avéré, il est admis aujourd'hui qu'au moment des règles la femme éprouve des symptômes qui rappellent une *auto-intoxication*.

La sécrétion interne de l'ovaire possède, entre autres propriétés, une action vaso-dilatatrice, qui ne borne pas ses effets, comme nous l'avons dit, à l'utérus, mais les généralise, et les étend en particulier à l'estomac et aux centres nerveux ; de même l'auto-intoxication ovarienne de l'économie entière influence les voies digestives, les centres nerveux et le bulbe.

Il n'est donc pas étonnant que cette association étiologique, poussée fluxionnaire et auto-intoxication, amène des troubles gastriques, et, suivant les cas, elle fera sentir ses effets, à la fois ou isolément, sur la muqueuse et son appareil circulatoire ou sécrétoire, sur le système nerveux de l'estomac ou sur le bulbe, sur la musculature de l'organe lui-même ; il en résulte alors, tantôt des variations du chimisme gastrique, tantôt des symptômes douloureux, spasmodiques ou atoniques, névralgies, crampes ou distension.

Du reste il n'y a dans l'apparition de ces phénomènes rien qui soit exclusif à l'estomac, et nous connaissons des manifestations analogues qui se portent sur les reins, sur le foie, sur l'appareil respiratoire, etc. Les unes éclatent d'une façon supplémentaire pour ainsi dire, en même temps que le molimen cataménial provoque l'éruption des règles ; les autres au contraire, comme dans les règles déviées, se produisent à l'occasion de la suppression des menstrues.

C'est ainsi que les troubles gastriques s'observent avec fréquence à la *ménopause* où se succèdent et se combinent les phases

de congestion et d'arrêt. De même à la *puberté*, le travail ovarien qui n'aboutit pas encore à l'écoulement du sang et suscite à ce moment des mouvements hypérémiques loin des organes sexuels, d'autre part l'entrée en scène d'un facteur nouveau, la sécrétion ovarienne, donnent naissance aux accidents dyspeptiques les plus variés. Pendant la *vie génitale*, une période d'*aménorrhée*, une crise de *dysménorrhée* ou bien encore une *ménorrhagie congestive* seront l'occasion de troubles que parfois nous verrons s'ébaucher d'une façon atténuée à propos d'une *menstruation normale*.

Elsner, qui a examiné le suc gastrique de ses malades pendant l'époque des règles, nous apprend que, lorsque la perte de sang est normale ou assez abondante, il a constaté une hyperchlorhydrie qu'il attribue à une hypérémie de la muqueuse gastrique ; si la perte est excessive, il survient une hypochlorhydrie qui relève de l'anémie générale. Longtemps avant lui, Quincke et Detwyler, s'appuyant sur des données expérimentales, avaient démontré que les pertes de sang considérables étaient suivies d'une diminution de la sécrétion gastrique.

C. **Causes adjuvantes.** — Aux affections de l'utérus et des annexes, aux manifestations menstruelles s'ajoutent très souvent d'autres influences qui achèvent de troubler les fonctions de l'estomac. C'est ainsi qu'interviennent à la puberté la chlorose et les anémies, à la ménopause l'obésité et les habitudes d'alcoolisme, tout au long de la vie génitale la neurasthénie, les viscéroptoses, la constipation, etc.

Joignons-y encore les congestions hépatiques, les accès d'ictère ou de lithiase biliaire, les hypérémies rénales avec albuminurie légère amenée par la poussée des règles et dont l'effet perturbateur sur les voies digestives entre en jeu et achève de compliquer le diagnostic.

III

ÉTUDE CLINIQUE

A. **Manifestations gastriques qui accompagnent habituellement les règles.** — La plupart des femmes, au moment de leurs règles, éprouvent du côté de l'estomac des symptômes sans gravité, fugaces, qui ne peuvent constituer un état maladif, mais qui accroissent les malaises de la période cataméniale.

L'appétit diminue, se perd même tout à fait chez quelques-

unes; ou bien, s'il persiste, il s'accompagne de perversité du goût, goûts pour les acides, pour des substances nuisibles, parfois même goûts encore plus bizarres. Chez d'autres, on le voit augmenter et des nerveuses accusent de véritables accès de boulimie. La région épigastrique devient légèrement sensible, l'estomac se ballonne et beaucoup de femmes gênées dans leur corset se trouvent dans l'obligation de le quitter ou de le desserrer. Elles éprouvent des brûlures, des acidités qui montent jusqu'à la gorge, des nausées, surtout le matin à jeun. Les vomissements alimentaires ou muqueux sont plus rares, et, quand ils surviennent, ils peuvent être sous la dépendance de la migraine. Lorsque la douleur s'exagère, elle se traduit encore par la sensation de pincements ou de crampes compliquées d'irradiations dorsales.

Avec cet état gastrique, on constate que la bouche est pâteuse, l'haleine un peu fétide, les lèvres sèches, la langue saburrale. Brierre de Boismont parle d'une femme dont les époques étaient annoncées par des aphtes qui apparaissaient sur les parties latérales de la langue; souvent il se fait une éruption d'herpès péribuccal. Les gencives se gonflent, et surtout quand les dents sont déjà gâtées, la patiente éprouve des douleurs dentaires qui achèvent de troubler son appétit et sa digestion.

Mais cependant aucun des symptômes n'est assez marqué pour nécessiter une thérapeutique active; leur durée est courte, ils s'atténuent à mesure que s'établit franchement l'écoulement du sang et souvent une petite diarrhée supplémentaire contribue à diminuer les manifestations gastriques. Il est inutile, d'habitude, d'instituer une médication; un purgatif, en particulier, risquerait de provoquer une dérivation et de contrarier le flux menstruel. Nous nous contentons de prescrire quelques applications chaudes sur le creux de l'estomac, lorsque les douleurs et les crampes tendent à trop s'accentuer.

B. **Fièvre ménorrhagique.** — Trousseau a décrit sous le nom de fièvre ménorrhagique des accidents fébriles accompagnés de troubles gastriques et intestinaux, provoqués par la venue des règles, qui prennent volontiers l'allure d'un *embarras gastrique*, mais arrivent, dans certains cas, à simuler une *fièvre typhoïde* au moins pendant quelques jours. L'observation de Trousseau est caractéristique : « Une jeune fille de 17 ans, dit-il, entrait dans notre salle Saint-Bernard, malade depuis six jours; elle était née en province, n'habitait la capitale que depuis six mois. Comme la

plupart des nouvelles venues, elle n'avait pas ses règles. Depuis le début de son indisposition, elle se plaignait de mal de tête, d'étourdissements, d'insomnie ; elle avait saigné du nez ; elle avait perdu l'appétit, la langue était sale, il y avait de la diarrhée ; le pouls était fébrile et la fièvre n'avait pas cessé un seul instant : je crus à une dothiénentérie. Le lendemain les règles se montrèrent, la fièvre diminua ; la menstruation fut régulière et la santé était complètement rétablie deux jours après l'apparition du sang. »

Il est classique de rappeler qu'Hippocrate rapporte, dans le troisième livre des épidémies, l'histoire d'une jeune fille qui, à sa première époque, fut prise d'une fièvre aiguë, avec délire, insomnie, chaleur brûlante de la peau, langue sèche et brunâtre, soif vive et diarrhée.

Ce sujet a été très bien exposé par Grattery dans sa thèse sur les troubles viscéraux d'origine menstruelle.

Ces accidents ne peuvent plus nous étonner : la poussée menstruelle favorise des accidents d'auto-infection et d'auto-intoxication dans lesquels l'intoxication ovarienne joue peut-être un rôle qui n'est plus étiologique, mais symptomatique.

Quoi qu'il en soit, dans les cas les plus simples on observe de la courbature avec malaise général, céphalalgie, insomnie et congestion de la face ; la fièvre monte jusqu'à 38° et il s'établit un petit embarras gastrique qui disparaît à mesure que les règles s'établissent franchement.

Il est des malades chez lesquelles les vomissements se répètent de la façon la plus pénible, et d'autres qui éprouvent des douleurs fort vives au creux de l'estomac ; l'intolérance alimentaire est alors absolue.

Les formes plus graves rappellent la fièvre typhoïde; la diarrhée est habituelle, le ventre se ballonne, il y a des épistaxis, le pouls est fréquent, la fièvre monte à 40° et plus.

Mais plusieurs points nous ont frappé. D'abord ces accidents gastro-intestinaux de la fièvre ménorrhagique se montrent avec d'autant plus de facilité que la malade avait déjà un estomac délicat. En outre, c'est presque toujours à propos d'une perturbation menstruelle qu'ils éclatent, de préférence à la suite d'une aménorrhée accidentelle, c'est-à-dire au moment d'une suspension brusque des règles pendant leur écoulement ou au moment où elles allaient s'établir ; ou bien encore, c'est à la puberté, à l'époque où les fonctions menstruelles ne sont pas encore régulièrement installées.

La poussée fluxionnaire qui se porte sur l'estomac le met en

imminence de réceptivité morbide; et les signes de cette poussée fluxionnaire se compliquent de phénomènes qui rappellent un embarras gastrique, une typhoïdette ou un typhoïde.

Mais, comme le fait remarquer Grattery, quand les règles s'établissent franchement, la température redevient normale, et en 24 ou 48 heures toute inquiétude a disparu ; si l'écoulement sanguin paraît goutte à goutte et augmente peu à peu, la rémission progressive met 6, 7 et 8 jours à évoluer.

Nous avons vu chez des prédisposées cette fièvre ménorrhagique provoquer ces accidents nerveux que l'on a décrits sous le nom de *pseudo-méningite hystérique*.

Ces accidents d'embarras gastrique ressortissent à la médication habituelle de cet état, mais nous trouvons une indication particulière dans la suspension des règles, dont il faut faciliter l'éruption par des applications chaudes sur le bas-ventre, des sinapismes au haut des cuisses, etc.; dans un cas où une pseudo-méningite hystérique s'était greffée au bout de très peu de jours sur une fièvre gastro-entéro-ménorrhagique, l'émission sanguine produite par douze sangsues, posées sur le bas-ventre, nous amena une amélioration des plus rapides.

C. **Puberté**[1]. — Au moment de la puberté, nous observons une période de la vie génitale de la femme, où nous devrions saisir l'influence exacte de la menstruation sur les voies digestives, influence dénuée de toute cause secondaire ou parallèle ; il semble que jamais nous ne rencontrerons une époque où nous ayons plus de chance de trouver un utérus et un estomac dont les fonctions soient normales et saines. En effet, c'est là un état que nous constatons assez souvent. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, les accidents de la menstruation, hémorragies, aménorrhée, dysménorrhée ne sont pas rares à la puberté, et l'estomac n'est pas toujours demeuré indemne.

De plus, les troubles gastriques de la jeune fille qui se règle ne sont pas tous d'origine génitale, et, avant de les rapporter à cette cause, il faut nous assurer qu'ils ne relèvent pas d'une autre étiologie, car cette erreur de pathogénie nous entraînerait à une thérapeutique inutile et même nuisible.

C'est ainsi que, chez des jeunes filles, surtout chez celles qui sont soumises à la vie d'internat dans un pensionnat, la *constipation*

[1] Il ne faut pas confondre la puberté avec l'éruption des premières règles. La période pubérale s'étend à plusieurs années.

chronique provoque et entretient beaucoup de maux d'estomac ; la *carie dentaire*, les *névralgies dentaires* si fréquentes à cet âge, empêchent la mastication, que rend insuffisante parfois aussi le *peu de temps consacré aux repas*, suivant une ridicule habitude dont a souffert tout élève interne, garçon ou fille. Hayem et Lyon incriminent avec raison la *voracité*, la *boulimie* qui sont en rapport avec l'activité du développement. Par contre, ce *développement* trop actif, un *accroissement* trop rapide de la taille amènent une faiblesse, une lassitude, un certain état d'hyposthénie générale qui retentissent sur l'estomac comme sur l'ensemble de l'économie et donnent naissance à des troubles de la digestion qui devient lente et paresseuse ; si alors la jeune fille pauvre, obligée de travailler, ne prend qu'une nourriture insuffisante ou mauvaise, la dyspepsie s'installe bien facilement. Ou bien il s'agit d'enfants délicates, souffreteuses, fatiguées par les changements imprimés à tout l'organisme ; j'ai suivi une fillette de 13 ans et demi dans ces conditions, non réglée encore, chez qui l'ingestion d'aliments même en petite quantité amenait un ballonnement de tout le ventre et des vomissements assez fréquents, avec quelques douleurs seulement le soir. Dans d'autres classes de la société, la table est riche, mais les goûts bizarres pour des substances acides ou autres, les remèdes dits fortifiants dont les mères de famille usent inconsidérément, une hygiène alimentaire mal comprise arrivent aux mêmes résultats.

Hayem et Lyon signalent encore chez l'écolière le travail, la *position penchée* pendant la digestion. Tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet s'accordent pour accuser, dans certains cas, la *masturbation*.

Enfin nous devons nous arrêter un instant sur la *maladie du corset*, telle que nous ont appris à la connaître les travaux de Clozier, de Bouveret, de Chapotot et de Hayem. Elle débute à cet âge et si elle ne présente pas encore les caractères accentués qu'elle acquerra plus tard, la jeune fille commence à en éprouver quelques symptômes : « Des douleurs plus ou moins vives, en forme de crampes, survenant trois ou quatre heures après les repas, dues aux efforts que fait l'estomac pour se vider. Ces crampes douloureuses diffèrent de la crise gastrique des hypersthénies par leur irrégularité et surtout par l'absence des autres symptômes de celle-ci ;... — de nombreux renvois gazeux — ... — l'abaissement de la mobilité du rein droit ... — les vomissements bilieux ... — (Les déformations ne s'installent d'une façon définitive que plus tard, au bout d'un certain temps.) — Dans une variété, caracté-

risée par le refoulement partiel du foie et de la rate, non plus en bas mais en haut, la dyspnée, les palpitations cardiaques, le malaise épigastrique survenant après les repas, la constipation chronique en sont les signes les plus précis [1] ». (ALBERT ROBIN.)

Ces différentes causes de troubles gastriques restent susceptibles à la puberté de combiner leur influence avec celle de la menstruation et il est quelquefois difficile de faire la part de ce qui revient exactement à chaque facteur étiologique ; mais nous devons les connaître sous peine d'instituer une thérapeutique inutile ou incomplète.

Le trouble gastrique qui effraie le plus la malade et la famille, mais dont l'origine menstruelle est à coup sûr la plus indiscutable, c'est l'*hématémèse* qui se produit à la façon des règles déviées ou supplémentaires. L'estomac était jusque-là parfaitement sain, la jeune fille accuse quelques malaises, des douleurs lombaires, des bouffées de chaleur, une poussée de leuccorrhée, et tout à coup elle se met à vomir du sang. C'est par exemple le cas d'une fillette de treize ans dont l'histoire est rapportée par Aschwel : elle fut prise d'hématémèses qui se renouvelèrent deux mois de suite à l'époque présumée d'un molimen cataménial, et qui ne cessèrent qu'à l'apparition définitive du flux menstruel. D'autres fois le vomissement de sang apparaît en même temps que se fait l'éruption normale des règles, la poussée du côté de l'estomac devient supplémentaire, elle ne constitue plus une déviation. Ces accidents, qui indiquent une vive fluxion de la muqueuse gastrique, tendent à disparaître à mesure que les règles s'établissent franchement. Plus tard, on les voit se reproduire chez les femmes dont l'estomac est altéré, chez les nerveuses. Mais une hématémèse menstruelle à la puberté n'implique pas fatalement pour l'avenir une prédisposition à la récidive.

L'époque de la puberté ne s'annonce pas d'habitude d'une manière aussi dramatique. En même temps que se manifestent les signes qui font prévoir pour une date plus ou moins prochaine l'éruption probable des premières règles, la jeune fille présente un *appétit variable*, capricieux, qui diminue et se perd après avoir été augmenté pendant quelques jours. Elle éprouve une *sensibilité continuelle* au creux de l'estomac, elle l'oublie par la distraction ou le travail; une mauvaise attitude, un corset mal fait l'exaspèrent pour un temps. Tout à coup survient une petite crise de douleurs,

[1] Voir pour la maladie du corset : Albert ROBIN, *les Maladies de l'estomac*, Paris, 1901.

avec aigreurs, acidités ; une leuccorrhée un peu plus abondante s'installe pendant plusieurs jours. A n'en pas douter, il y a eu *hypérémie gastrique* et fluxion génitale.

D'autres fois, il faut plutôt songer à une *crampe de l'estomac* ou *à une gastralgie*, comme dans le cas suivant que nous avons observé à Tenon : Une fillette de 11 ans 1/2, bien développée pour son âge, se plaignait de sensibilité lombaire depuis quelques jours et sa mère lui avait constaté des pertes blanches pour la première fois. Jamais elle n'avait souffert de l'estomac, l'appétit était excellent, lorsque tout d'un coup elle fut prise d'une douleur des plus vives au creux de l'estomac, remontant le long de l'œsophage et retentissant dans le dos, douleur ne s'accompagnant ni de sensation de brûlure, ni d'aigreurs, ni d'acidité, mais comparée à une constriction ou plutôt à une torsion. Des applications de compresses très chaudes sur la région épigastrique, l'ingestion de thé chaud, calmèrent assez vite cet accès qui ne se reproduisit pas. Il s'agissait bien plus vraisemblablement d'un élément spasmodique ou nerveux que d'un phénomène hypersécrétoire.

Cet état de souffrances un peu vagues, entremêlées de quelques crises d'hyperchlorhydrie ou de crampes, est susceptible de se poursuivre une fois que la jeune fille est menstruée, mais l'apparition des règles change parfois le tableau symptomatique. Il devient plus franc, plus net, la fluxion des règles retentit sur l'estomac, provoque un accès douloureux plus ou moins violent, puis dans les périodes intercalaires, les fontions digestives retrouvent le calme ou commencent à se troubler d'une façon progressive.

Brierre de Boismont parle de jeunes filles qui, dès leurs premières époques menstruelles, étaient sujettes à des gastralgies si pénibles et à des coliques tellement douloureuses qu'elles se roulaient par terre et que tout leur corps se couvrait de sueurs abondantes.

Nous avons vu des jeunes filles, réglées depuis un temps plus ou moins long, prises des douleurs gastriques les plus violentes, inquiétantes même, mais, quand elles atteignaient un tel paroxysme, nous avons presque toujours retrouvé une cause, un phénomène surajoutés : retard des règles, suspension des règles par une émotion, un accident, embarras gastrique antérieur, ingestion de boissons glacées à une période menstruelle, etc., etc.

Si la simple venue des règles est capable de produire des effets aussi intenses, cela doit arriver rarement. D'habitude, nous constatons un accès d'*hyperchlorhydrie paroxystique* d'acuité variable, douleurs une à deux heures après le repas avec ou sans

vomissements; puis, tout rentre dans l'ordre, ou bien, petit à petit, il s'installe un état d'hyperchlorhydrie continue à paroxysmes répétés. Ou bien encore, les premières menstrues provoquent une *crampe* de l'estomac, sensation de constriction sans acidités ni brûlures, accompagnée chez certains malades, au contraire, de flatulences et de distension; d'autres fois des douleurs continues compliquées de névralgies intercostales ou autres porteraient à soupçonner un élément *névralgique*.

Des jeunes filles qui avaient plutôt présenté de légers signes de dyspepsie acide voient leurs troubles dyspeptiques changer rapidement de caractère à l'occasion d'un flux leucorrhéique très considérable, d'une ménorrhagie abondante, ou encore d'une fatigue, d'un surmenage; elles perdent l'appétit, la langue devient pâteuse, l'estomac paraît s'être brusquement distendu ou dilaté, on provoque à son niveau un grand clapotage. Y a-t il simplement embarras gastrique? s'agit-il de phénomène de stase? Comme l'expliquerait Elsner, l'hyposécrétion a-t-elle succédé à l'hypersécrétion? A coup sûr, il y a un facteur hyposthénique. Si l'on prescrit un repos absolu, même au lit, au moment des règles, sur une chaise longue en plein air quand c'est possible, il est rare que l'on soit obligé d'en arriver à une thérapeutique très active pour surmonter cet état, qui est, d'habitude, transitoire.

Pendant les phases d'*aménorrhée*, qui durent assez longtemps à l'époque de la puberté, les troubles gastriques prennent une allure des plus variables et nécessitent, selon les cas, des traitements assez divers. Tout d'abord, il faut rechercher si, derrière les accidents, il n'existe pas un élément de névropathie avant de rapporter à la suppression des règles les manifestations dyspeptiques.

Parmi les complications de l'aménorrhée accidentelle, les crises de douleurs stomacales, avec ou sans fièvre ménorrhagique, s'observent assez souvent comme nous l'avons dit plus haut.

Dans les cas beaucoup plus ordinaires d'aménorrhée établie depuis plusieurs mois, il peut fort bien arriver qu'il n'existe aucun symptôme gastrique significatif; tout au plus, à chaque période de 28 à 30 jours, éclate-t-il un accès de douleurs ou de brûlures et d'acidités en rapport avec le travail incomplet des règles absentes.

Mais ce n'est pas là l'événement le plus habituel.

Un certain nombre de malades, en même temps qu'elles sont prises d'*insuffisance ovarienne*, commencent à présenter des signes

d'*hypo-fonction*, d'*insuffisance des fonctions gastriques* : anorexie àdigestion lente, lourde plutôt que douloureuse, entremêlée parfois de crises gastralgiques revenant à des heures très irrégulières. Nous avons même vu cet état s'installer chez des jeunes filles sujettes, tant qu'elles étaient réglées, à de légers accès d'hyperchlorhydrie menstruelle. Du reste, quand on examine le suc gastrique de cette catégorie de sujets à des époques consécutives, on n'est point surpris du chimisme variable que l'on vérifie sur la même malade.

Dans beaucoup d'observations, nous avons noté la présence d'*acidités de fermentation*, tantôt avec un suc gastrique s'éloignant peu de la normale, tantôt avec de l'hypochlorhydrie, moins souvent avec de l'hyperchlorhydrie.

D'une façon générale le tableau classique de l'hyperchlorhydrie continue, telle qu'on le connaît en dehors de toute origine génitale, nous a paru devoir être exceptionnellement provoqué par l'aménorrhée des jeunes filles.

L'action de l'insuffisance ovarienne nous a semblé démontrée d'une façon indiscutable dans quelques faits où les règles se sont d'abord suspendues; les troubles gastriques qui se sont manifestés à la suite de cette suppression se sont aussi progressivement atténués avec le retour des règles.

Qu'il nous soit permis de revenir encore en dernier lieu sur ces sensations de torsion, de constriction dans la région de l'estomac qu'éprouvent les jeunes filles au moment d'un trouble menstruel, quel qu'il soit, ménorrhagie, dysménorrhée, etc. Cette douleur, qui irradie le long de l'œsophage, dans le dos, dans l'abdomen et qui ne s'accompagne d'aucune aigreur, d'aucune acidité, d'aucune brûlure, doit dépendre d'une crampe, d'un élément spasmodique mis en jeu par la perturbation génitale; sa durée est trop courte pour qu'on puisse l'attribuer à une névralgie (névralgie que l'on observe dans d'autres circonstances du reste). Une malade la comparait à une colique intestinale. Quelquefois, si elle se prolonge, l'estomac paraît se ballonner, et il se manifeste des flatulences.

D. **Vie génitale : de la puberté à la ménopause.** — Lorsque la jeune femme a franchi la période pubérale, et que non seulement le développement sexuel, mais encore tout le développement physique et intellectuel a terminé son évolution qui est maintenant complète, les troubles gastriques qui éclatent sous une influence génitale continuent à se présenter avec une allure des plus va-

riables comme intensité et comme nature, et cette diversité tient de multiples motifs.

Une heureuse catégorie de troubles gastriques de la puberté tend à disparaître, à mesure que les règles se régularisent.

Chez d'autres malades au contraire, soit que les fonctions menstruelles ne s'établissent pas bien, soit qu'il existe une affection utérine, métrite, déviation persistant après la puberté (nous aurons à revenir plus loin sur l'influence propre des maladies utérines en dehors de la menstruation), soit que l'état général n'ait pas permis à l'estomac de s'améliorer, ou pour toute autre cause parfois insoupçonnée, les troubles gastriques se reproduisent, s'exagèrent chaque mois et, d'étape en étape, arrivent à la chronicité. Dans ce cas, la dyspepsie de la puberté va s'aggravant et, si une grossesse arrive, amenant à sa suite une viscéroptose, l'état des voies digestives devient précaire.

Mais faisons abstraction de cette hypothèse ; si nous supposons un estomac sain et une matrice normale, au cours de la vie génitale la venue des règles demeure susceptible de provoquer les accidents stomacaux que nous avons décrits chez la jeune fille : poussée hyperchlorhydrique avec la fluxion du molimen, crampes, névralgies, signes d'hypo-fonction au cours de certaines aménorrhées, nous n'aurions pas grand'chose à ajouter.

Mais le tableau symptomatique dans nombre de cas est bien loin de conserver cette simplicité, précisément parce que, de 18 à 45 ou 50 ans, l'estomac de la femme ne conserve pas son intégrité fonctionnelle ou anatomique, et que la menstruation retentit sur un organe atteint déjà d'une maladie aiguë ou chronique.

En ce qui concerne les maladies aiguës, sans multiplier les exemples, nous citerons l'observation d'une jeune femme âgée de 25 ans, infirmière à l'hôpital Tenon, entrée dans notre service le 12 janvier 1901 pour une *grippe*, d'allure grave et douloureuse, qui la maintint dans la salle Maurice Raynaud jusqu'au 1er mars, et fit monter les premiers jours la température à plus de 40°. Le 23 janvier, l'état devint subitement inquiétant, la malade fut prise de douleurs musculaires, lumbago, torticolis, d'arthralgie, et, en même temps, d'une douleur gastrique dont le paroxysme semblait atroce, avec vomissements, diarrhée et intolérance absolue même pour les liquides; la fièvre qui était à 38°2 remonta à peine de quelques dixièmes. Pour expliquer cette aggravation subite, les règles parurent deux jours après avec une avance assez notable, les souffrances se calmèrent peu à peu et la diarrhée disparut

avec la fin de l'écoulement sanguin. Un mois après, la malade, qui entrait en convalescence, fit une nouvelle et semblable rechute, mais moins grave, à l'occasion du retour des règles; la guérison, du reste, arriva peu après.

Une deuxième malade, âgée de 33 ans environ, fut atteinte d'une *fièvre typhoïde*, dont les symptômes gastriques restèrent assez prédominants. On la croyait tout à fait guérie et hors de danger, quand il survint du côté de l'estomac des phénomènes de douleurs et d'intolérance marqués au point de faire craindre une rechute; l'éruption des règles nous renseigna sur cet orage qui se dissipa rapidement.

Sur les maladies chroniques de l'estomac, l'influence de la menstruation se traduit diversement. Les *hématémèses* par règles déviées ou supplémentaires se montrent au cours de l'ulcère rond, de la gastrite ulcéreuse, de la gastrite éthylique, etc.

Quelle que soit la teneur du chimisme gastrique, il est assez habituel que la venue des règles augmente les troubles et les douleurs. Mais cette augmentation se fait dans des proportions qui varient avec la nature de l'affection stomacale, avec les perturbations menstruelles, avec l'état général de la femme. Nous avons soigné une dame, hyperchlorhydrique, chez laquelle la poussée des règles amenait d'habitude de petits accès fort supportables. Un jour, saisie par le froid en automobile, elle éprouva un léger retard dans l'apparition de ses époques; une crise éclata avec vomissements acides, douleur en broche des plus vives; le flux mensuel commença à couler le jeudi, et les souffrances ne se calmèrent que le samedi.

Une autre malade qui présentait en temps ordinaire des signes de stase avec acidités de fermentation, un peu fatiguée dans son travail, éprouva un jour des douleurs qui s'accrurent au point de devenir intolérables; elle se roulait par terre, si bien que nous songeâmes un instant, à tort du reste, à une colique hépatique. Les vomissements, alimentaires d'abord, devinrent pituiteux, aqueux; les règles parurent dans la nuit et tout rentra dans l'ordre.

Les *vomissements*, en effet, comptent au premier rang des symptômes facilement exagérés par la venue des règles. Mais leur importance est variable. Chez certaines malades, il se produit un ou deux vomissements alimentaires, quelquefois après un accès de migraine menstruelle, puis tout est fini. Chez d'autres, l'état nauséeux persiste, les vomissements se renouvellent, changent de caractère et constituent par eux-mêmes une source de fatigues, parce qu'ils sont pénibles et qu'ils entravent l'alimentation.

Tantôt acides au début, comme par exemple chez une hyperchlorhydrique, ils deviennent bilieux, puis pituiteux; tantôt, sans doute parce que la congestion menstruelle de l'estomac provoque une sécrétion peu acide mais abondante, une sorte de flux, il survient des vomissements aqueux considérables. Enfin, il faut tenir compte des phénomènes spasmodiques qui peuvent se localiser au pylore et qui entretiennent le stase. Il est encore une variété de vomissements rebelles que nous retrouverons plus loin à propos des viscéroptoses.

Pour l'intensité de ces différents accidents, douleurs, névralgies, crampes, vomissements, le terrain névropathique de la malade joue un rôle important : il est certainement des nerveuses chez lesquelles la souffrance acquiert, dans les mêmes conditions, une acuité à laquelle elle n'arrive pas chez une femme indemne de névropathie.

Un cas habituel où nous voyons la menstruation intervenir sur les troubles d'un estomac malade et, en même temps, souvent sur ceux d'un utérus altéré, répond à la viscéroptose qui s'est progressivement installée à la suite d'une couche. Métrite, dyspepsie gastro-intestinale ont commencé à la même époque, marchent parallèlement, réagissent l'une sur l'autre, la venue des règles amène un accroissement périodique des malaises et, par malheur, contribue aussi à entraver l'efficacité du traitement. C'est dans ces cas de viscéroptose subissant l'influence de la menstruation que l'on constate des accidents qui se succèdent de la façon la plus irrégulière, et les observations nous ont fourni les résultats de chimisme gastrique fort variables sur le même sujet. Cependant il en est aussi où l'on assiste à la simple exagération des malaises habituels.

Au cours de ces accidents de viscéroptose, on reste exposé à une erreur de diagnostic quelquefois assez difficile à éviter. Une malade, au moment de ses règles, est prise entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic d'une douleur qui simule un accès gastrique, devient suffisamment vive pour diminuer l'appétit, et retentit dans la région dorso-lombaire. Cependant, si on analyse le phénomène, on remarque qu'il s'accompagne peu ou pas de vomissements, de renvois, d'aigreurs ou d'acidités. La sensation de souffrance ne reste pas fixe au creux de l'estomac, elle irradie transversalement en barre et gagne dans beaucoup de cas deux nouveaux points maxima aux deux extrémités de cette ligne transversale, en réalité aux angles que forme le côlon transverse avec le côlon ascendant et le côlon descendant. Car il s'agit d'une

douleur du côlon, et à droite en particulier elle arrive à une acuité qui lui a fait attribuer le nom de colique sous-hépatique. On observe des femmes chez qui la sensibilité achève de s'étendre au côlon descendant et aux dernières portions du gros intestin; elle provoque des sensations d'épreintes et de ténesme et c'est à quelques-uns de ces faits sans doute que Lasègue donnait le nom de diarrhée dysentériforme.

Nous n'avons pas observé des accidents comparables comme intensité chez les femmes qui ne sont pas affectées d'entéroptose, et il nous semble probable que l'exagération des angles du côlon, quand il existe une chute intestinale, doit favoriser l'intervention de phénomènes spasmodiques. Du reste, la poussée des règles, surtout lorsqu'elle provoque de la dysménorrhée, retentit sur le spasme de l'intestin, en quelque point qu'il siège, l'exagère et devient ainsi une nouvelle cause de souffrance abdominale. (Geoffroy — communication orale.)

C'est, sans doute, à la production de phénomènes analogues de spasme douloureux du côté de la région pylorique qu'il faut attribuer des symptômes gastriques très violents qui accompagnent parfois les accidents dus à l'influence de la congestion menstruelle sur un *rein déplacé*.

Ils sont souvent confondus au milieu des signes de l'étranglement rénal. Mais la souffrance n'est pas exclusivement rénale, nous avons pu nous en convaincre dans un cas notamment où il était facile de saisir le rein déplacé; les vomissements presque incoercibles, aqueux, puis bilieux, puis se faisant à vide, deviennent extrêmement pénibles, l'alimentation demeure impossible, car la moindre ingestion de solide ou de liquide est immédiatement rejetée. La douleur remonte le long de l'œsophage, irradie dans le dos, se fixe au niveau de l'estomac, et ne se propage pas dans le bas-ventre et le long de la cuisse droite, comme dans le cas de crise néphrétique. Le tableau symptomatique est trop gastrique pour ressortir uniquement à l'étranglement rénal, et, preuve nouvelle, le traitement doit s'adresser à l'estomac sous peine d'échouer. — Si l'on n'intervient pas, la malade sort brisée de cet accès qui dure quatre à six jours; la prochaine époque cataméniale est capable de ramener une nouvelle crise et, de chute en chute, la patiente tombe dans un état tout à fait lamentable.

E. **Ménopause**. — A la ménopause, nous retrouvons, intervenant avec une activité singulière, tous les facteurs étiologiques susceptibles de provoquer des troubles gastriques d'origine génitale. En

première ligne, l'*insuffisance ovarienne* dont l'établissement fait partie de la ménopause. Puis les *poussées fluxionnaires*, qui tantôt surviennent en même temps que les règles modifiées et tantôt éclatent avec violence à une date correspondant aux règles absentes ou se manifestant parfois seulement par une leucorrhée révélatrice ; ces fluxions supplémentaires ou déviées donnent naissance aux bouffées de chaleur, aux crises de sueur sur les téguments, aux accès de dyspnée, aux congestions hépatiques ou rénales, par le même mécanisme aux crises gastriques.

Nous retrouvons les maladies antérieures de l'estomac qui s'aggravent sous l'influence de la ménopause, les viscéroptoses, l'*obésité* qui commence volontiers à cet âge et s'accompagne chez quelques femmes du *prolapsus graisseux de l'abdomen*. Dans ces circonstances, certains troubles digestifs, l'augmentation de volume du ventre et la suppression simultanée des règles arrivent à créer une de *ces fausses grossesses de la ménopause* qui ont, à leur début, rendu perplexe plus d'un médecin.

De sérieuses gastropathies sont dues à l'usage immodéré du thé, du café, du tabac, des boissons fortes, de l'*alcool*. « Il est remarquable que, à la ménopause, il se développe trop souvent chez un certain nombre de femmes — même de celles que leur éducation, leurs habitudes antérieures et leur position sociale devraient préserver d'un semblable entraînement — un penchant en quelque sorte irrésistible pour les liqueurs fortes. Méfiez-vous de cette fâcheuse tendance, et, sans vous compromettre par des investigations indiscrètes, sachez ne pas être trop surpris, lorsque vous apprendrez que telle personne dont les troubles gastriques ou nerveux vous avaient paru difficiles à expliquer, boit en cachette, se commet avec ses domestiques pour qu'elles lui fournissent de mauvaises liqueurs frelatées, et va même jusqu'à vendre ses dentelles ou ses bijoux pour se procurer les moyens d'assouvir sa triste passion. » (GALLARD.)

Enfin, pour amener nombre de troubles gastriques, sur la cause génitale nous voyons se greffer la *neurasthénie*, à laquelle tant de femmes paient un tribut, plus ou moins lourd, à l'époque de la cessation des règles.

Des influences aussi diverses et aussi multiples ne peuvent manquer d'intervenir avec une grande fréquence ; et en effet, aucune femme n'ignore qu'à l'époque de la ménopause elle est exposée à souffrir de l'estomac ou à présenter simplement quelques modifications de l'appétit ; elle range d'avance les troubles gastriques parmi les nombreuses misères qui vont l'assaillir à l'âge critique.

L'étude précédente des manifestations que nous observons au cours de la vie génitale permet d'être maintenant beaucoup plus bref dans l'exposé symptomatique.

En dehors de tout autre signe de souffrance stomacale, il est des femmes qui accusent simplement *une perte de l'appétit* ou des *goûts bizarres* pour les aliments les plus singuliers. Ordinairement ce sont des nerveuses, leur état n'a pas de gravité, il cesse de lui-même au bout de quelque temps et ne demande guère nos soins. Nous avons observé une dame âgée de 46 ans, traversant la ménopause, se plaignant déjà de troubles gastriques vagues, qui fut prise d'une anorexie complète avec répulsion pour tout aliment; nous commencions à craindre une tumeur maligne, lorsque, ayant constaté des signes de neurasthénie, nous obtînmes la confidence que tout ce cortège de symptômes graves s'était installé à la suite d'ennuis très pénibles. Depuis, la malade a complètement guéri.

De même que pendant la durée de la vie génitale, nous retrouvons à la ménopause la poussée d'*hyperchlorhydrie* se manifestant avec la venue des règles troublées; la netteté de la crise est même ordinairement plus saisissante. L'accès d'hyperchlorhydrie éclate encore, et parfois plus vivement, à la date qui correspond aux règles manquantes, à la façon d'une fluxion supplémentaire ou déviée; en réalité, il se fait un molimen qui n'aboutit pas à l'éruption du sang menstruel, mais qui retentit cependant sur les organes éloignés assez pour les hypérémier. Ces paroxysmes sont particuliers à l'âge critique, on le conçoit, et d'emblée, si l'on ne reconnaissait pas leur nature, malgré l'absence des règles, leur tendance à la périodicité ne saurait longtemps induire en erreur.

Dans un autre travail[1], nous avons rapporté diverses observations. L'une d'elles a trait à une dame ayant perdu ses règles, qui tous les mois, à période fixe, souffrait d'une poussée de sueurs invraisemblables ou d'une poussée d'hyperchlorhydrie. Une autre observation concerne une dame en pleine ménopause qui fut prise de telles douleurs avec irradiations dans le dos, et accompagnées d'un si grand amaigrissement que nous crûmes un instant à un ulcère aigu de l'estomac; au bout de trois mois environ, tout rentra dans l'ordre. Dans un troisième cas, il s'agit d'une femme qui, depuis la suppression de ses règles, subit tous les mois, à périodes assez régulières, une exaspération fort pénible de troubles gastriques d'origine éthylique.

[1] Des troubles gastriques à la ménopause et de leur traitement. *Société de thérapeutique*, 1900. *Tribune médicale*, 1900.

Il serait facile de multiplier les exemples. A la ménopause, pendant un temps assez long *après la disparition des mois*, on est exposé à constater, à périodes à peu près régulières, l'apparition de troubles gastriques, ou leur exagération, si l'estomac était primitivement malade.

L'*hyperchlorhydrie* de *paroxystique* devient *continue à paroxysmes*. Barié, dans sa thèse, rapporte un fait d'œsophagisme, et, dans nombre de descriptions, on relève des phénomènes tels que : vomissements aqueux, accès de gastralgie, douleurs épigastriques, douleurs en broche, œsophagisme, aigreurs, acidités, accompagnés de grands maux de tête, de vertiges, d'une constipation opiniâtre, etc.

Mais l'on est appelé à traiter aussi des cas d'*hypochlorhydrie*, de *dyspepsie avec acidités de fermentation*, surtout chez les malades qui souffraient déjà de l'estomac. Les accidents se passent comme dans le cours de la vie génitale, nous n'avons rien à ajouter à leur description, ni à ce qui a trait aux *viscéroptoses*, à l'*entérite glaireuse*, aux *hématémèses supplémentaires* ou *déviées* dont l'apparition ne manque pas d'être inquiétante à cause de la possibilité d'un cancer à l'âge critique. De même, en ce qui concerne les symptômes, tels que *douleur*, *crampes*, *névralgie*, *vomissements*, etc.

Le *vomissement* est provoqué avec une grande facilité par la suppression des règles. Nous avons suivi des malades qui se plaignaient avant tout, de cet accident; tantôt elles accusaient tous les matins des vomissements pituiteux, abondants, tantôt des vomissements après chaque repas; d'autres fois, des vomissements bilieux, accompagnés de diarrhées bilieuses. A la ménopause, plus qu'à toute autre époque de la vie, il faut rechercher si les troubles gastriques ne reconnaissent pas une origine hépatique. La suppression des règles amène des congestions du foie, favorise la lithiase biliaire qui retentit volontiers sur l'estomac, au point que certaines hypersthénies gastriques ne sont que la manifestation très sensible d'une lithiase qui se dérobe tout d'abord à l'examen clinique.

De même, le rein est sujet à des hypérémies avec albuminurie légère, crises de douleurs et signes de petite urémie, parmi lesquels nous sommes exposés à constater des phénomènes dyspeptiques.

F. **Troubles gastriques des affections utéro-annexielles.** — Pour grand que soit le rôle de la menstruation dans la pathogénie des troubles gastriques, nous devons nous garder de l'opi-

nion exclusive qui consisterait à dénier toute influence aux affections utéro-annexielles. Cette influence a été exagérée, on l'a considérée à tort comme trop prépondérante; mais elle existe, à coup sûr, et les maladies de l'utérus et des annexes se trouvent à l'origine de beaucoup d'accidents dyspeptiques.

Seulement, quand on veut rechercher s'il existe une loi qui préside aux retentissements des affections organiques de la matrice, des trompes ou des ovaires sur l'estomac, pour produire de préférence un type de gastropathie dans un cas déterminé de maladie génitale, on constate qu'il est impossible de trouver une relation certaine et de prévoir le mode de dyspepsie qui résultera d'une modification anatomo-pathologique de l'appareil sexuel.

Trop de circonstances secondaires se groupent autour de la maladie utérine.

D'abord l'action des règles intervient périodiquement tous les mois et modifie à la fois l'état de l'estomac et celui de l'utérus pour changer quelquefois du tout au tout le tableau symptomatisme.

D'autre part, les troubles gastriques et génitaux peuvent être contemporains, relever de la même étiologie (suites de couches), comme nous l'avons dit plus haut, et retentir d'une manière réciproque les uns sur les autres, de telle sorte qu'il est difficile de voir exactement qu'elle est la manifestation qui dépend d'une cause unique et bien fixée; cela se présente à chaque instant dans les cas de viscéroptose.

Enfin le terrain névropathique, la longue durée des souffrances qui finit par rendre les femmes cachectiques, etc., etc., achèvent de changer complètement les signes primitifs. Les troubles gastriques *d'origine réflexe* s'observent bien plus souvent au cours des maladies utéro-annexielles que pendant les accidents de la menstruation.

Aussi l'on obtient les résultats les plus inattendus. Une de nos malades, jeune femme de 25 ans, était atteinte d'endométrite ancienne et d'une légère salpingite très récente. Depuis fort longtemps, — plus d'un an, — après chaque repas et même au milieu du repas, elle éprouvait un vomissement sans effort, sans douleur. Au cours d'une dilatation du canal utérin, les vomissements s'arrêtèrent, reparurent pendant une ménorrhagie assez abondante, puis disparurent pour toujours. Cependant, si la salpingite n'existait plus, nous n'avons jamais eu le droit de considérer cette malade comme guérie de sa métrite.

Beaucoup de crampes, de névralgies et même de modifications

du suc gastrique nous ont semblé de nature réflexe; d'autres fois, les pertes, leucorrhée ou hémorragies, les auto-intoxications dans les cancers et les collections purulentes, la compression mécanique de l'intestin, la constipation chronique, les adhérences, etc., provoquent des accidents digestifs que l'on ne doit pas considérer comme réflexes.

Dans les maladies aiguës, telles que métrites aiguës, phlegmasies-péri-utérines, l'anorexie est habituelle et les vomissements surviennent encore avec assez de facilité; leur répétition trop fréquente mettra en garde contre l'imminence d'une pelvi-péritonite.

Dans les maladies chroniques, telles que la métrite chronique déjà ancienne, et les déviations, il nous a bien semblé que les phénomènes d'hyposthénie gastrique avec acidités de fermentation sont les plus nombreux, mais il faut s'attendre à rencontrer tous les types de dyspepsie.

Dans le fibrome qui provoque des pertes, dans les tumeurs malignes, l'hyposthénie est incontestablement habituelle. Il n'en est plus de même dans le fibrome qui produit surtout de la compression intestinale.

Bennett insistait beaucoup sur la douleur persistante qu'éprouvent les dyspeptiques utérines dans la région de l'estomac, sous les fausses côtes gauches, au creux épigastrique et sous le sein gauche, douleur qui permet à peine de supporter le corset. Sans nier la viscéralgie, Peter attribue un grand nombre de ces sensations à des névralgies intercostales et à de l'*épigastralgie*, « parfois telle qu'elle simule la gastralgie et fait croire à un trouble fonctionnel de l'estomac ».

IV

INDICATIONS DU TRAITEMENT

Entreprendre l'exposé du traitement des troubles gastriques d'origine génitale chez la femme, ce serait vouloir décrire la thérapeutique de tous les états dyspeptiques. Il faut se borner ici à rechercher les indications thérapeutiques qui résultent précisément de cette origine.

Tout d'abord la première de ces indications nous engage à ne pas négliger de soigner les troubles de la menstruation, ou la maladie utéro-annexielle en même temps que la manifestation stomacale, sinon notre traitement court le risque de rester incomplet et inefficace; la cause persiste et de plus va s'aggravant, car les



deux appareils génital et digestif réagissent l'un sur l'autre d'une manière réciproque. C'est même là une cause fréquente d'insuccès, le trouble gastrique dépend bien d'un accident menstruel, mais à son tour il retentit sur le système utérin et de la sorte les accidents voient diminuer de plus en plus leurs chances de guérison.

A la *puberté*, bon nombre de ces troubles dyspeptiques seront évités ou tout au moins amendés, si l'on fait observer les règles de l'hygiène convenables à cet âge. Nous nous sommes efforcé de les exposer dans un autre travail, il serait trop long de les reprendre ici avec tous leurs détails.

Nous rappellerons simplement que la jeune fille doit manger avec la lenteur voulue, en mastiquant bien ses aliments, et que les sucreries et les pâtisseries en excès lui sont aussi préjudiciables que les acidités et les crudités.

On surveillera avec soin la constipation.

A cet âge critique, où la jeune fille se fatigue avec facilité, des travaux disproportionnés avec la force de résistance, travaux aussi bien intellectuels que physiques, ont pour premier résultat de diminuer l'appétit; c'est encore là un effet du surmenage provoqué par des exercices physiques, qui, salutaires quand on les pratique dans de bonnes conditions, deviennent nuisibles lorsqu'ils sont mal entendus et poussés trop loin. La fatigue intellectuelle, lorsqu'elle se joint à une claustration comme celle que l'on connaissait autrefois dans diverses maisons d'éducation, conduit à un certain état d'anorexie qui cesse avec la vie au grand air et le repos.

En dehors de ces conditions, en l'absence de toute chlorose, la perte de l'appétit survient, par période, chez la pubère, et elle est assez facilement combattue par des préparations amères (teinture de colombo, d'ipéca, de gentiane,) quelques gouttes de teinture de noix vomique. Nous ordonnons volontiers le condurango sous la forme suivante :

Ecorce de Condurango blanc	15 gr.
Eau	250 gr.

Faites réduire, par décoction, jusqu'à 150gr; passez et ajoutez :

Sirop de gentiane	30 gr.

Une cuillerée à soupe, au moment des deux principaux repas.

D'autres fois, il suffit, pour dissiper une légère anorexie, de diverses eaux légèrement gazeuses et alcalines, eaux de Vals, de Pougues, etc.

Quelques manifestations un peu sensibles, crampes légères,

gastralgies, sont rapidement soulagées, d'habitude, par l'application de compresses chaudes sur le creux épigastrique et l'ingestion de boissons chaudes, lait, thé léger, etc.

Mais les accidents peuvent prendre une intensité qui nécessite une thérapeutique plus active dont nous trouvons les indications dans deux circonstances : *A*) ou bien ils reconnaissent une origine franchement fluxionnaire, soit qu'ils marchent avec un molimen cataménial vigoureux, ou qu'en l'absence de l'éruption génitale du sang, ils traduisent une vive poussée sur l'estomac ; — *B*) ou bien, ils accompagnent une insuffisance ovarienne et se présentent avec l'allure des symptômes de l'hyposthénie gastrique.

A) La poussée fluxionnaire, qui se traduit par la crise d'hyperchlorhydrie paroxystique, demande le régime que l'on connaît, l'usage du lait et des œufs, la suppression momentanée du vin, la prescription de quelques paquets anti-acides à base de magnésie calcinée, de bicarbonate de soude, de craie préparée, etc. ; elle cède encore assez facilement, au moins si l'on intervient dès les premiers accès.

Pour la prévenir ou pour la calmer, lorsqu'elle a éclaté, on peut avoir recours à l'extrait fluide d'hydrastis canadensis. Mais si l'on craint, et non sans raison, de trop agir sur les règles avec ce médicament, il nous paraît préférable de conseiller l'extrait fluide de senecio vulgaris que, dans ces circonstances, nous donnons à la dose de XXX gouttes, dans un peu d'eau sucrée, avant chacun des deux principaux repas (et non en trois doses, le matin, comme dans les cas de dysménorrhée). Ce remède, du reste, nous a rendu d'assez bons services, dans la thérapeutique stomacale, même en dehors de toute origine génitale.

La médication révulsive et dérivative, qui semble tout indiquée dans une crise qui ressortit à une poussée fluxionnaire, est à coup sûr efficace, mais elle doit être instituée avec grande précaution, pour ne pas troubler le flux normal des règles. Si les menstrues tardent à paraître et que ce retard occasionne l'hypérémie gastrique, il n'y a aucun inconvénient, bien au contraire, à favoriser l'éruption du sang par des applications chaudes sur le bas-ventre, des sinapismes le long des cuisses, des bains de pieds chauds, etc. Mais si les règles coulent, on se contentera d'appliquer des compresses chaudes sur la région stomacale et dans le dos, quelques sinapismes au niveau du creux épigastrique, en réservant des moyens plus actifs pour la période intercalaire. L'époque de la puberté ne nous autorise pas à employer des

moyens aussi énergiques qu'à la ménopause, où la médication révulsive et dérivative procure d'excellents effets.

Les crampes, gastralgies, sont très souvent calmées par les boissons chaudes et les enveloppements chauds, joints, si on le juge nécessaire, à quelques préparations de cocaïne ou de morphine.

B) Les phénomènes qui accompagnent l'insuffisance ovarienne et qui se présentent avec une allure d'hyposthénie, outre la médication gastrique qu'ils réclament, reçoivent assez sonvent une certaine amélioration de l'*opothérapie ovarienne*. Ce mode de traitement agit évidemment sur l'état général, et c'est en modifiant les états de chlorose génitale ou de dystrophie ovarienne qu'il contribue à rétablir le bon fonctionnement de l'estomac.

Ces diverses prescriptions peuvent évidemment être transportées de la puberté au cours de la vie génitale, mais la maladie gastrique plus ancienne, les accidents génitaux plus marqués, résistent davantage et la thérapeutique reste loin de donner des résultats aussi satisfaisants chez la femme que chez la jeune pubère.

Le régime alimentaire doit être maintenu avec la plus grande rigueur selon le type dyspeptique qui s'offre à nous; en même temps le système génital demande des soins minutieux et tenaces. Les viscéroptoses qui existent chez tant de femmes à un degré plus ou moins accentué nécessitent le port d'une ceinture dont le choix demeure quelquefois fort difficile. Les dyspeptiques génitales accusent souvent de l'entérite glaireuse qui aggrave leurs troubles gastriques et génitaux et dont le traitement s'impose.

Chez beaucoup de viscéroptosiques qui se plaignent perpétuellement d'une sensation pénible au creux de l'estomac, nous avons obtenu du soulagement, en particulier chez les nerveuses, en usant d'une ancienne formule de Germain Sée :

Extrait gras de Cannabis Indica........................	0 gr. 20
Potion gommeuse..	200 gr.

Une cuillerée à soupe à prendre avant chacun des deux principaux repas.

Les malades atteintes d'entéroptose et de rein flottant qui, au moment de leurs règles, souffrent d'accès si douloureux, avec vomissements presque incoercibles (et sans doute aussi d'un spasme du pylore), doivent être mises à la diète absolue, le premier ou les deux premiers jours des accidents. La moindre inges-

tion alimentaire provoque de nouvelles douleurs. Si le manque de nutrition inquiète un peu, il vaut mieux au début avoir recours aux lavements de sérum, aux lavements alimentaires, aux injections sous-cutanées de sérum. Les applications chaudes nous ont paru préférables aux applications glacées. Progressivement on fait absorber un peu d'eau, puis de lait; on tâche d'obtenir le calme de l'organe au moyen de quelques gouttes blanches de Gallard, et on laisse l'orage se calmer avant d'autoriser le retour à la nourriture habituelle.

A la ménopause, quand les règles ont disparu, la *médication révulsive et dérivative* n'offre plus aucun inconvénient : ventouses sèches sur le haut du corps, bains de pieds sinapisés, sinapismes le long des cuisses et des jambes, grands bains, enveloppements chauds, apportent du soulagement au moment de la poussée fluxionnaire. Chez un petit nombre de malades, nous avons fait poser des *sangsues* au creux de l'estomac et cette émission sanguine a procuré de bons effets; — chez un plus grand nombre, nous avons eu recours au *vésicatoire*, que parfois l'on pansait avec un centigramme de chlorhydrate de morphine.

L'opothérapie ovarienne est encore un adjuvant efficace à cet âge dans les cas où les signes d'insuffisance ovarienne prédominent.

Mais il faut toujours rechercher si, derrière des symptômes gastriques, il n'y a pas un organe, foie ou rein, mis en jeu par la ménopause, et dont les troubles doivent être soignés tout d'abord, pour mettre un terme aux états dyspeptiques qu'ils occasionnent.

ANALYSES

VULVE ET VAGIN

TRILLAT. — **Arrachement circulaire du vagin.** — (*Soc. des Sciences méd. de Lyon, Echo médical de Lyon*, 15 *avril* 1902.)

Observation d'une malade du service de M. Vallas, qui est atteinte d'une plaie rare du vagin.

Une jeune fille de 18 ans tombe d'une balançoire lancée au maximum, sur la région sacrée, qui est un peu douloureuse. On constate qu'elle est atteinte d'un décollement circulaire de la muqueuse vaginale au niveau de son ouverture vulvaire. L'hymen est intact au moment de l'examen. Il existe en même temps une rupture de l'urètre.

L'intervention a consisté dans la suture de l'urètre au catgut sur une sonde de Pezzer, puis dans la suture de la muqueuse vaginale à l'anneau vulvaire par une série de points métalliques. Au bout de 10 jours, guérison complète.

L'explication de cette singulière lésion, très rare, est très difficile à élucider. M. Vallas émet l'hypothèse suivante : une contraction violente du sphincter de l'anus, contraction de défense, aurait désinséré le vagin de l'orifice vulvaire sur lequel il s'insère.

M. Monoyer fait remarquer qu'on pourrait se contenter d'une explication purement physique.

UTÉRUS

ROCHE ET GIRARD. — **Utérus didelphe.** — (*Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 30 *juin* 1902; in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 *sept.* 1902.)

Pièce trouvée à l'autopsie d'une femme de quarante et un ans morte de fièvre typhoïde.

Sur la pièce, on voit deux utérus unicornes très nettement séparés dans toute leur étendue et s'ouvrant dans le vagin par deux orifices distincts que l'on peut cathétériser. Le vagin est unique, avec une ébauche de cloisonnement séparant les deux cols. Le reste des organes génitaux, ovaires, trompes, ligaments, sont normaux. Cette anomalie était considérée autrefois comme incompatible avec la vie; on sait aujourd'hui que l'on peut la rencontrer chez la femme adulte; mais les cas de ce genre sont encore peu nombreux.

Un fait digne de remarque est l'existence d'un méso unissant la vessie au rectum et séparant en deux parties le cul-de-sac de Douglas.

Ce méso, que l'on rencontre fréquemment dans l'utérus bicorne, n'a jamais été signalé, d'après Pozzi, dans les cas d'utérus didelphes. Peut-être sa présence est-elle la cause du défaut de coalescence des deux canaux de Müller à ce niveau.

Ajoutons que cette femme ne présentait pas d'autre malformation. On ne sait que peu de chose sur ce qu'ont été ses fonctions génitales; mais elle a pu mener à bien une grossesse qui fut suivie d'un accouchement normal.

GIULIANO. — **Cas de hernie de l'utérus rudimentaire.** — (*La Clinica moderna*, 23 *juillet* 1902.)

La patiente, âgée de 17 ans, bien réglée depuis 3 ans, mais souffrait parfois du bas-ventre; elle avait en outre une hernie. Sous l'influence de quintes de toux, il survint une tuméfaction dure et douloureuse au-dessus de l'arcade de Fallope; cette tumeur du volume d'une noix était irréductible. A l'opération, on trouva dans le sac herniaire une masse charnue, adhérente à la paroi interne et antérieure du sac. Comme cet organe ne pouvait être réduit, il fut réséqué et on plaça de solides pinces à la base. On reconnut à l'examen du corps enlevé qu'il s'agissait d'un utérus rudimentaire accompagné de la trompe et de l'ovaire du côté droit. L'auteur explique la formation de la hernie de cet utérus par la brièveté du ligament rond qui a empêché la descente de l'utérus pendant la vie embryonnaire.

L. J.

M. RICHELOT. — **Les métrites des arthritiques nerveuses.** — (*Journal des Praticiens*, 21 *juin* 1902.)

Les métrites des arthritiques nerveuses réclament un double traitement, local à la fois et général. La métrite constituant une sorte d'épine qui peut irriter le nervosisme coexistant, il sera indiqué de la combattre; M. Richelot n'hésite a pas employer les crayons de caustique Filhos dans ces gros cols érodés et anfractueux. Mais il repousse le curettage dans les métrites chroniques devenues exclusivement cervicales. Quant aux cautérisations faibles, telles que celles qui sont pratiquées au nitrate d'argent, elles ne servent qu'à faire trainer le mal en longueur. Les femmes arthritiques nerveuses souffrent souvent du ventre ; il existe chez elles des congestions pelvienne habituelles, une névralgie plus fréquemment localisée vers l'ovaire gauche. En pareil cas, il faut, outre le Filhos parfois nécessaire, un traitement général (hydrothérapie, saison aux eaux de Néris, de Plombières) qui tonifie le système nerveux et rétablisse l'équilibre circulatoire.

M. Richelot présente plusieurs malades dont l'histoire vient appuyer les raisons de sa pratique en démontrant l'inanité des grosses interventions sur des utérus de femmes névropathiques.

Deux jeunes femmes entrent à la consultation. Toutes deux se plaignent du ventre ; la première a eu des crises d'hystérie dans son jeune âge ; elle souffre du ventre depuis une fausse couche qu'elle a faite il y a dix-huit mois : successivement elle subit un premier curettage, puis l'opération de Schroeder, puis un second curettage, chacune de ces tentatives étant suivie d'un mieux passager. Depuis huit mois, elle n'a plus ses règles, en sorte qu'une grossesse était soupçonnée

tout d'abord; mais il y a six semaines, un écoulement sanguin s'est produit, accompagné cette fois de vives douleurs. A l'examen, on trouve un utérus sensible au palper bimanuel : les ovaires sont sains. Le col est aplati, froncé; il n'existe pas d'atrésie. Aucune lésion locale n'explique la persistance des souffrances abdominales, qui s'exagèrent par la fatigue et entrainent une sensation de pesanteur douloureuse s'irradiant du ventre vers les reins. L'utérus chez cette femme fonctionne mal, mais il s'agit d'une dystrophie d'origine nerveuse : son estomac, son intestin ne fonctionnent pas mieux. Elle digère mal, ne supporte pas le vin, est sujette à la constipation. C'est le traitement général qu'il convient d'instituer en pareil cas, quelques irrigations chaudes suffisant pour l'action locale.

La seconde jeune femme, très nerveuse aussi, ressemble à la première. Opérée en 1898, pour une hématocèle rétro-utérine, elle a mal au ventre jour et nuit depuis cette époque ; le repos et le traitement local que lui a ordonnés un médecin, calment sur le moment ; mais bientôt tous les accidents douloureux reparaissent. L'examen local ne montre pas autre chose qu'une rétroversion légère et mobile ; l'utérus n'est ni volumineux, ni douloureux. Néanmoins un point douloureux existe au niveau de l'ovaire gauche ; des lancées douloureuses partent de cette localisation du mal et s'irradient vers l'anus. Notons que le col est intact et qu'aucune déchirure ne lacère son pourtour. On avait jadis attribué la névralgie ovarienne à des déchirures du col; l'intégrité du col dans le cas actuel s'oppose à cette manière de voir. Il y a une dizaine d'années, on allait même plus loin, et les ovaires ainsi douloureux, on les enlevait tout simplement. L'opération, en les montrant scléro-kystiques, justifiait, ce semble, l'intervention. Mais on reconnut bientôt que l'état de l'ovaire ne réglait en rien l'intensité de la douleur; il y avait des douleurs sur des ovaires peu malades et, quand les deux étaient atteints, c'était celui qui l'était le moins qui était parfois le siège des douleurs les plus vives. Il ne convient pas d'opérer des malades pareilles. Le traitement général peut seul remettre sur pied des femmes de cet ordre et qui sont unies par ce caractère d'appartenir à la classe des arthritiques nerveuses.

ANNEXES

P. Bouin. — **Les deux glandes à sécrétion interne de l'ovaire; la glande interstitielle et le corps jaune.** — (*Rev. méd. de l'Est*, 15 *juillet* 1902.)

En faisant une coupe de l'ovaire plusieurs jours après la ponte ovarique, on a sous les yeux deux tissus glandulaires : d'une part les corps jaunes et les vésicules de De Graef, de l'autre un tissu spécial qui constitue la masse essentielle de l'organe ovarique. Ce tissu ou glande interstitielle constitue, chez certains animaux, les rongeurs, insectivores, chéiroptères, les 4/5 ou même les 9/10 de l'ovaire, et, dans les cas où les corps jaunes ne sont pas développés, l'ovaire peut être considéré comme une glande interstitielle pure. Ces deux formations, corps jaune et glande interstitielle, se comportent, soit dans leur structure générale, soit dans leur constitution cytologique, comme les glandes à sécrétion interne actuellement connues. Le corps jaune est une formation épi-

théliale développée aux dépens des cellules folliculeuses de la granulosa; la glande interstitielle représente un amas de nombreux corps jaunes atrésiques ou faux corps jaunes étroitement appliqués les uns contre les autres. Les deux glandes de l'ovaire doivent donc être rapprochées l'une de l'autre non seulement à cause de l'analogie de leur structure, et de leur fonction, mais aussi à cause de leur mode d'histogénèse.

Au point de vue thérapeutique de l'extrait de l'ovaire, il est vraisemblable d'admettre que l'action spéciale reconnue à cette substance est due aux produits solubles fabriqués par les corps jaunes et par la glande interstitielle. Pour la préparation de ces extraits, il faudra tenir compte de l'espèce animale, de l'âge de la femelle, de l'époque du prélèvement des organes. Il faudra enfin chercher à établir le rôle thérapeutique possible des deux extraits fournis par chacune de ces glandes.

L. J.

J. TROITZKY. — **Ovarite ourlienne.** — (*Rousk. Wratch*, 1902, *n°* 15.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer une épidémie d'oreillons dans un pensionnat de jeunes filles de Kiev, qui présente ceci d'intéressant que, chez un grand nombre des malades, l'affection s'est localisée non seulement à la parotide, mais encore aux ovaires.

Sur 33 fillettes atteintes, 13 se plaignaient en même temps de douleur à la région ovarienne; 8 de ces 13 étaient réglées, les 5 autres ne l'étaient pas. A l'exploration l'ovarite était simple dans la parotidite simple et occupait l'ovaire du même côté; elle était double lorsque les deux parotides étaient prises. La sensibilité et la douleur dans la région ovarienne se montraient après la tuméfaction parotidienne, et diminuaient ensuite progressivement et parallèlement à cette dernière; dans un cas, la sensibilité ovarienne a disparu au bout de 10 jours alors que la parotidite a duré 26 jours.

L'observation ultérieure de ces enfants n'a permis de relever, chez elles, aucun trouble menstruel, ni mammite avant, pendant ou après la maladie.

La question de l'ovarite ourlienne est fort intéressante. Cette localisation n'a jamais été observée par Cadet de Gassicourt, Hénoch, Baginsky; mais, d'un autre côté, Peter, E. Bouchut, Meynet, en ont rencontré : plus récemment, des cas semblables ont été signalés par Voigt et par E. Weill. Quant au pronostic, il est aussi très différemment envisagé : alors que Tuttle est d'avis que l'oophorite ourlienne est sans aucune gravité et passe sans laisser de traces, Le Gendre et Broca sont d'un avis diamétralement opposé.

Se basant sur les cas qu'il a observés, M. Troitzky conclut que la localisation des oreillons aux glandes ovariques est très probablement bien plus fréquente qu'on ne le suppose. Si cette localisation semble être plus rare que l'orchite ourlienne, c'est que, en raison de sa situation profonde et de la difficulté de son exploration, la première passe souvent inaperçue. Les phénomènes généraux, s'ils existent, se confondent avec ceux de la localisation parotidienne. La nature des lésions histologiques de ces ovarites est encore peu connue, mais il est permis de supposer *à priori* soit une périoophorite, soit une oophorite parenchymateuse analogue à celle qu'on observe dans d'autres pyrexies infectieuses.

L'oophorite, au cours de périparotidites épidémiques, a généralement

été observée chez des enfants au-dessus de 10 ans : elle peut aussi se rencontrer chez des enfants plus jeunes.

L'auteur pense que cette affection doit être considérée comme sérieuse et que le médecin doit toujours, en présence d'oreillons chez une fillette, s'enquérir de l'état des ovaires, la surveiller et, au besoin, imposer le lit et la compression du ventre.

Mme EL.

J. WIERNER. — **Kyste ovarien intraligamenteux, pyosalpinx et appendicite.** — (*Acad. de med. de New-York*, 12 *mai* 1902.)

Il s'agit d'une femme de 45 ans ayant eu un enfant vingt ans auparavant. Après l'accouchement, elle eut des douleurs dans la fosse iliaque droite et une leucorrhée pendant plusieurs années. Les douleurs apparurent de nouveau il y a quelque temps : l'abdomen était distendu et douloureux au-dessus du ligament de Poupart du côté droit. Pouls 120, température 38,9. Diagnostic : pyosalpinx et appendicite. A l'opération, kyste intraligamenteux du côté droit, du volume d'une orange, rempli de liquide. La paroi inférieure du kyste était formée par un pyosalpinx. L'ablation de deux lésions a été faite sans rupture. L'appendice était situé derrière le cæcum dans les masses d'adhérences. Le kyste était constitué par deux cavités dans l'une desquelles on trouva l'ovaire.

L. J.

LE ROY. — **Hématosalpinx gauche avec hématocèle rétro-utérine ; ablation des deux annexes.** — (*Journal des sc. méd. de Lille*, 2 *août* 1902.)

Femme de 32 ans, souffre depuis son dernier accouchement à 7 mois de gestation. Douleurs vives dans la fosse iliaque gauche accompagnées de métrorragies, Utérus dans l'axe, immobile et fixé. Annexes gauches prolabées, fixées, douloureuses : mêmes constatations dans le cul-de-sac latéral droit. Diagnostic : annexite bilatérale.

Opération : caillot ancien dans le cul-de-sac postérieur. On enlève les annexes de chaque côté, qui sont augmentées de volume et sont le siège de nodosités. A l'examen, dans l'annexe gauche grossesse tubaire au début. A droite, hématosalpinx. Les suites opératoires n'ont pas donné lieu à l'expulsion d'une caduque utérine.

L. J.

GROSSESSE TUBAIRE

RENÉ TESSON. — **Grossesses tubaires : hémorragies intra-péritonéales.** — (*Gaz. des hôpitaux*, 8 *juillet* 1902.)

L'auteur relate 4 observations recueillies à Saint-Louis dans le service de M. Ricard. Elles montrent que c'est d'un diagnostic et d'une décision opératoire rapides que dépend en pareil cas le sort immédiat de la malade. Dans 2 observations, l'hémorragie n'a présenté aucune tendance à l'hémostase spontanée et la laparotomie a dû être faite d'emblée le 3e et le 6e jour. Chez une malade on a enlevé les deux trompes, mais laissé les ovaires qui n'étaient pas infectés.

L. J.

PICQUÉ. — **Grossesse ectopique rompue dans le péritoine.** — (*Soc. de chir.*, 1er *oct.*, *in Progrès méd.*, 11 *oct.* 1902.)

M. Picqué lit un rapport sur trois cas de grossesse ectopique, observées par M. Chevallier, toutes trois rompues dans le péritoine, dont deux furent diagnostiquées avant l'intervention, les symptômes étant classiques; la troisième, au contraire, ayant simulé une appendicite avec phénomènes péritonéaux; les trois malades ont guéri de l'intervention. M. Picqué insiste sur la rareté des hématocèles avec fœtus bien développé.

HARRISSON. — **Grossesse ectopique.** — (70e *Congrès de l'Association médicale britannique. Section de Gynécologie*, 31 *juillet* 1902.)

Le Dr Harrisson de New-York a lu un travail sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la grossesse ectopique, en bornant ses remarques à la grossesse tubaire. L'étiologie est obscure, et il n'est pas démontré qu'il se forme une caduque dans la trompe. La rupture n'est pas une terminaison habituelle, l'embryon étant souvent détruit avant qu'il y ait quelque raison de rupture. Comme opération, Harrisson préfère la voie abdominale, surtout quand les malades ont perdu beaucoup de sang. Le professeur Cameron a insisté sur les avantages de l'opération précoce et sur le peu de soin des descriptions dans les ouvrages. Herbert Spencer assure que la proportion des cas de rupture à ceux d'hémorrhagie tubaire et d'avortement est faible ; le danger du retard de l'opération s'aggrave quand le fœtus est vivant. Le professeur Byers admet la grossesse ovarienne; il préfère l'opération abdominale, mais d'excellents résultats ont été obtenus par ceux qui sont familiarisés avec la voie vaginale. Pour Donald, l'expectation peut être justifiée si le fœtus est mort; dans le cas contraire l'opération est indiquée. Targett a mentionué un cas dans lequel la tuberculose péritonéale a paru être une cause d'ectopie. Hellier a parlé des avantages de la strychnine et des injections intra-veineuses de solution saline. Whitelock a guéri un cas de douleurs intermenstruelles par deux oophorectomies successives.

L. J.

ÉTAT GÉNÉRAL

J.-L. FAURE (de Paris). — **La tuberculose génitale.** — (*Congrès de Rome.*)

Sans avoir recours à des statistiques toujours fausses, inutiles et décevantes, je crois pouvoir affirmer que la tuberculose génitale est loin d'être rare, au moins dans ses manifestations annexielles. Je n'en ai pas rencontré moins de sept cas avérés, et, comme je ne suppose pas avoir été particulièrement favorisé par le hasard, je suis obligé d'en conclure que cette localisation de la tuberculose est, en réalité, assez commune.

Elle nous intéresse donc directement, nous, chirurgiens, puisque nous avons souvent à la combattre, et c'est surtout le côté pratique de la lutte que nous avons à soutenir contre elle que je voudrais envisager ici.

Je ne dirai donc rien de ses causes, ni de ses origines, et il nous importe peu de savoir si l'inoculation tuberculeuse se fait par la voie génitale ou par la voie sanguine, ou, comme il est probable, à la fois par l'une et par l'autre. L'important est qu'elle se fait et que, lorsqu'elle est faite, elle nous appartient.

Il me parait aussi bien inutile d'étudier la tuberculose génitale dans ses manifestations histologiques, et la description des lésions microscopiques que peut produire le bacille de Koch sur l'utérus, les trompes et les ovaires ne présente aucun intérêt pour notre œuvre de chirurgiens.

Mais les lésions grossières, celles que nous pouvons constater au cours même des opérations, ont plus d'importance pour nous. Ce sont elles, en effet, qui dicteront notre conduite et qui guideront notre main lorsque nous nous trouverons face à face avec elles et que nous devrons choisir le moyen le plus sûr pour en triompher.

Ces lésions se rapprochent beaucoup de celles que l'on observe dans les autres affections chroniques tubo-ovariennes, avec une tendance peut-être un peu plus accentuée à l'envahissement du péritoine, qui peut, dans certains cas, devenir le siège de lésions beaucoup plus importantes que celles qui lui ont servi de point de départ.

Cette affection, modifiant d'une façon aussi variable la physionomie du bassin, ne saurait présenter aucune symptomatologie particulière; aussi est-il inutile de donner ici un tableau de la tuberculose génitale.

Sans doute, il est quelques cas exceptionnels dans lesquels elle se présente avec un tel caractère d'évidence, qu'il est impossible de la méconnaître. Certaines ulcérations du col avec tubercules périphériques faciles à voir, et survenant chez une phtisique avérée, en même temps que d'autres manifestations tuberculeuses, ou encore le développement rapide de masses annexielles volumineuses naissant dans les mêmes conditions et sur un terrain identique, surtout lorsque ces lésions annexielles s'accompagnent d'une invasion péritonéale manifeste, avec léger ballonnement du ventre, poches ascitiques isolées, accumulations néomembraneuses irrégulièrement disséminées, ne peuvent guère être attribuées à autre chose qu'à l'infection tuberculaire.

Mais, dans la plupart des cas, il n'en est pas ainsi, et le chirurgien constate seulement soit sur les côtés de l'utérus, soit dans le Douglas, soit sur un point quelconque de la cavité pelvienne, une ou plusieurs masses de volume, de consistance, de sensibilité très variables, et qui donnent en un mot l'impression que peuvent donner des annexites chroniques banales dont nous connaissons tous l'extraordinaire diversité de formes et de manifestations.

L'*évolution* ne donne pas de renseignements plus précis. La tuberculose annexielle peut s'installer sournoisement et se développer peu à peu sans provoquer de douleurs sérieuses. Elle peut, au contraire, naître au milieu de phénomènes aigus, ou présenter, au cours d'une évolution froide, des poussées douloureuses et fébriles. Elle peut d'ailleurs se compliquer d'infections secondaires bien faciles à concevoir.

Tous ces phénomènes physiques et tous ces troubles fonctionnels se retrouvent combinés les uns aux autres et enchevêtrés de mille façons, et c'est en réalité se livrer à un travail stérile que d'essayer de différen-

cier cliniquement des affections que leurs signes cliniques unissent au contraire de la façon la plus étroite.

En dehors de quelques manifestations évidentes dont j'ai parlé plus haut, en dehors des cas exceptionnels dans lesquels l'examen des sécrétions utérines, si on croit devoir recourir à ce moyen bien rarement utile, permettra de déceler la présence du bacille de Koch, il faut renoncer à demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner, et prendre son parti de ne reconnaître la tuberculose génitale que pendant l'opération, et parfois même au cours seulement des examens histologiques des pièces que celle-ci aura permis d'enlever.

Quelquefois, et j'en ai vu un cas, la tuberculose annexielle peut marcher avec une telle rapidité qu'elle prend les allures d'une tumeur maligne. Des masses diffuses et de consistance inégale se développent dans le bassin, englobant l'utérus de tous côtés, remontant au-dessus du pubis, s'accroissant au point d'approcher rapidement de l'ombilic. Une ascite apparaît, plus ou moins abondante, qui fait penser à un envahissement rapide de la cavité péritonéale par les végétations désordonnées des néoplasmes ovariens à marche envahissante; — en même temps l'état général s'altère, la malade maigrit, et tout concourt à faire penser à quelque tumeur galopante. On peut évidemment, dans ces cas difficiles, soupçonner la tuberculose, mais je ne crois pas qu'il y ait un seul signe permettant de l'affirmer, en dehors de la constatation des poches ascitiques multiples, qui ne peuvent répondre qu'à des foyers tuberculeux limités par des fausses membranes, comme on en rencontre assez communément dans les péritonites tuberculeuses. Encore peut-il être impossible de savoir, dans ces conditions, si les masses tuberculeuses qui remplissent le bassin et la région sous-ombilicale de l'abdomen ont pris naissance dans les annexes pour s'étendre ensuite au péritoine, ou si, au contraire, c'est la tuberculose péritonéale qui a été primitive et a secondairement provoqué l'infection des annexes entourées de toute part de foyers tuberculeux actifs. Dans le cas qu'il m'a été donné d'observer, les lésions annexielles étaient si considérables et semblaient si invétérées qu'il me paraît évident qu'elles étaient primitives et que c'est elles qui avaient été le point de départ des lésions envahissantes qui remplissaient le péritoine.

Mais ce sont là des cas exceptionnels comme le sont aussi les cas de tuberculose limitée au col de l'utérus et qu'il est possible de reconnaître à l'examen direct.

En pratique la tuberculose génitale se réduit à la tuberculose des annexes, et ses symptômes se confondent absolument avec ceux des salpingo-ovarites chroniques dont il est cliniquement à peu près impossible de la distinguer.

Traitement. — Je ne veux pas m'étendre davantage sur ces questions que les discussions les plus nourries ne font pas avancer d'un pas. J'estime qu'il vaut mieux étudier avec soin la façon dont il faut traiter les lésions tuberculeuses lorsque les hasards de la clinique nous mettent en leur présence. Au surplus, je pense que ces questions de thérapeutique ne sauraient être approfondies avec trop de soin, surtout en ce qui concerne la technique opératoire proprement dite. Nous sommes tous d'accord en principe sur la nécessité d'intervenir. Nous ne différons que sur la façon dont il faut conduire l'intervention. Chaque chirur-

gien agit suivant la conception particulière qu'il se fait d'une opération dont en somme le résultat final, qui est l'extirpation complète des parties malades, doit être toujours identique. Mais tous les moyens qui permettent d'obtenir ce résultat n'ont pas la même valeur, et le choix des procédés opératoires a beaucoup plus d'importance qu'on a coutume de lui en attribuer. Tel procédé judicieusement employé peut, dans certaines conditions, permettre d'exécuter facilement une opération presque impraticable par un procédé différent, qui lui même, dans une autre circonstance, pourra se montrer supérieur. Dans les cas faciles, évidemment tous les procédés sont bons; mais, dans les cas difficiles et compliqués, comme le sont en général les cas de tuberculose annexielle, il n'en est pas de même. Il y a, dans ces conditions, des procédés types bien supérieurs les uns aux autres, et c'est ce que je voudrais m'efforcer de démontrer ici.

Je n'insiste pas sur la question des *indications thérapeutiques*. Il est évident que tout foyer de tuberculose génitale reconnu doit être détruit. C'est une règle absolue et qui ne souffre d'autre exception que celles qui sont communes à toutes les interventions et qui se résument en somme dans l'impossibilité évidente pour la malade de supporter une opération quelconque.

Mais si rien dans l'état général ne paraît s'opposer à l'exécution d'une opération destinée à faire disparaître le foyer malade, il me paraît évident qu'il faut la pratiquer.

On sait qu'en règle générale, les salpingites chroniques doivent être enlevées, parce que, dans les conditions de la chirurgie actuelle, il y a beaucoup moins de risques à courir en extirpant l'utérus et les trompes chroniquement infectées, qu'en les abandonnant à leur évolution naturelle. Dans la tuberculose des annexes, l'indication opératoire est plus pressante encore. Un foyer d'annexite tuberculeuse présente en effet tous les inconvénients et tous les dangers d'un foyer d'annexite banale. Mais il constitue, en outre, un risque permanent d'infection tuberculeuse, et, s'il est quelquefois permis de temporiser en présence d'une annexite ancienne, refroidie, peu douloureuse, et en somme peu dangereuse, il n'est pas permis de laisser sciemment un foyer de tuberculose toujours grave et toujours menaçant, quand on peut le faire disparaître au prix d'une opération dont les risques, bien peu réels, ne peuvent être mis en balance avec les avantages qu'on en peut retirer.

Tout foyer de tuberculose génitale doit donc être enlevé.

D'ailleurs, il faut reconnaître que l'indication opératoire se pose rarement dans ces termes. Nous savons combien il est rare de reconnaître avant l'opération la nature exacte de la maladie. Et puisque l'opération précède presque toujours le diagnostic, il est de toute évidence que l'intervention est ordinairement dirigée non pas contre un foyer de tuberculose inconnu ou méconnu jusqu'à l'heure de l'opération, mais bien contre les accidents ordinaires d'une annexite chronique banale. Si bien que la question qu'il faut résoudre n'est pas celle de savoir comment il faut traiter la tuberculose génitale, et en particulier la tuberculose annexielle, mais bien celle de savoir ce qu'il faut faire lorsqu'au cours d'une opération, on s'aperçoit qu'on est en présence de lésions tuberculeuses évidentes on simplement probables.

Tuberculose du col utérin. — Il est cependant un cas, d'ailleurs rare,

dans lequel la conduite à tenir est simple. C'est lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose du col utérin, manifestement reconnue, soit par les caractères cliniques, soit même par un examen microscopique. Si l'on a des raisons sérieuses de penser que la lésion est localisée au col, s'il n'y a aucune trace de tuberculose utérine, si les annexes sont parfaitement saines, il me paraît évident qu'on devra se contenter de l'opération la plus simple et la plus bénigne. Je n'ai aucune confiance dans l'action des médicaments, même les plus actifs, sur ces lésions cervicales. Quand la tuberculose s'est implantée dans un tissu comme celui du col utérin, d'une façou assez sérieuse pour donner lieu à une ulcération caractéristique, elle a bien des chances pour pénétrer à une certaine profondeur et pour porter ses follicules et ses bacilles loin des atteintes des agents appliqués superficiellement sur le col, quelle que soit d'ailleurs leur puissance et leur activité.

Le meilleur traitement est alors la destruction de l'ulcère au thermocautère, Si l'on veut enlever le col à une certaine hauteur, mieux vaut se servir de ciseaux que de bistouri.

Tuberculose de l'utérus. — Mais, tout en acceptant cette façon d'agir comme rationnelle et légitime, il me semble qu'il y a mieux à faire. En réalité, il est impossible de savoir à quelle hauteur s'arrêtent les lésions tuberculeuses et pour peu que la muqueuse cervicale paraisse dépassée, pour peu que la cavité utérine soit atteinte, je crois qu'il faut aller plus loin et qu'on doit avoir immédiatement recours à l'opération la plus large. Le curetage le plus énergique, la thermocautérisation elle-même de l'utérus sont illusoires ou insuffisantes : il faut enlever l'utérus si l'on veut enlever sûrement le foyer tuberculeux qu'il contient. Et voici fait le premier pas dans le traitement de la tuberculose génitale par l'hystérectomie.

Je suis resté, dans nombre de cas, fidèle à l'hystérectomie vaginale. Quand l'utérus n'est pas trop volumineux, et surtout quand il est mobile et sans adhérences qui risquent de s'opposer à sa descente et de causer des déchirures vésicales, quand il n'y a aucun doute sur la nécessité de le sacrifier, c'est une opération merveilleuse. Elle est facile, rapide, élégante et bénigne. Elle demande à peine quelques minutes et n'éprouve pas la malade. Je m'explique mal l'ostracisme dont beaucoup de chirurgiens frappent cette opération idéale. Sans doute, dans les cas où le diagnostic est douteux, on a raison de la proscrire, puisqu'elle entraîne des lésions irréparables. Mais, lorsqu'on a la certitude que l'utérus doit être sacrifié, pourquoi ne pas avoir recours à l'opération qui permet de le faire de la façon la plus simple et la plus bénigne?

Mais il faut que l'extirpation puisse être facile et complète. Il est donc de toute nécessité que les annexes soient saines, ou tout au moins paraissent telles. S'il est permis, dans certains cas de suppurations pelviennes aiguës, de pratiquer l'hystérectomie vaginale en laissant au besoin dans le ventre des annexes ou des fragments d'annexes qui se sclérosent et guérissent ensuite d'une façon à peu près parfaite, il n'en est pas de même dans les cas de tuberculose, et, pour peu que les annexes soient malades ou simplement suspectes, elles doivent être enlevées d'une façon radicale et complète.

Quand l'utérus atteint de tuberculose évidente est bien mobile,

quand les annexes sont saines ou paraissent l'être, il est facile de les enlever avec l'utérus par la voie vaginale. Dans ces conditions, je conseille donc fermement d'avoir recours à l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes.

Mais, si l'utérus est tant soit peu fixe, s'il s'abaisse mal, si les annexes sont volumineuses et qu'il y ait lieu de les croire envahies, il n'y a aucune hésitation à avoir, il faut agir comme si l'on se trouvait en présence d'annexites tuberculeuses. Les lésions utérines passent au second plan, et c'est à la voie haute qu'il faut avoir recours dans les conditions que j'aurai à examiner tout à l'heure.

Tuberculose des annexes. Indications opératoires. — La tuberculose génitale, nous le savons, se localise presque toujours dans les trompes et dans les ovaires, et c'est, en conséquence, au traitement de la tuberculose annexielle que je veux surtout m'attacher. Tout foyer de tuberculose développée dans les annexes doit être extirpé largement. Voilà le principe fondamental de toute thérapeutique efficace.

Évidemment si les annexes d'un côté sont seules malades, on se gardera bien de toucher à celles du côté opposé, et on conservera l'utérus. Mais il faut se garder ici des opérations conservatrices, et sacrifier sans remords tout ce qui paraîtra suspect. Tous les chirurgiens ont actuellement une tendance à conserver, dans les annexites chroniques simples, tout ce qui peut être conservé, soit du côté de la trompe, soit surtout de l'ovaire.

L'application judicieuse de ce principe présente des avantages évidents. Mais, avec la tuberculose, il doit être sévèrement condamné. Toute trompe malade, tout ovaire suspect, doivent être détruits. Si les lésions, graves ou légères, sont bilatérales, l'utérus, inutile, infécond, envahi peut-être lui-même par d'invisibles tubercules, doit être sacrifié. La question de la castration totale dans les annexites chroniques semble aujourd'hui résolue, et les chirurgiens qui croient devoir conserver l'utérus deviennent de moins en moins nombreux. Il ne sert qu'à entretenir indéfiniment les phénomènes douloureux d'une inguérissable métrite. Mais, si sa présence est un inconvénient et une gêne, elle ne constitue pas un véritable danger. Il est d'ailleurs presque toujours le siège de quelque métrite banale, il est inutile, il peut être dangereux. Il doit donc être sacrifié en même temps que les annexes.

Un autre argument sur lequel j'aurai à insister plus loin plaide encore en faveur de son extirpation. Dans les cas difficiles, lorsque les annexes adhérentes sont à peu près inabordables, l'enlèvement de l'utérus donne de la place et du jour et facilite singulièrement la décortication des annexes malades. Il permet donc de faire une opération à la fois plus complète et plus facile et par conséquent plus satisfaisante.

Ici, comme dans les annexites communes, c'est à la voie haute qu'il faut avoir recours. Je ne reviens pas sur des discussions depuis longtemps épuisées. La voie haute est la seule qui permette de faire un diagnostic précis et de faire des opérations partielles si les annexes d'un côté et l'utérus par conséquent sont assez sains pour être conservés. C'est aussi la seule qui permette, lorsque tout est malade, de faire des opérations étendues absolument complètes et de nettoyer le bassin de tous les foyers malades qu'il contient, aussi parfaitement qu'on peut le désirer.

Il y a cependant une exception à cette règle, exception sur laquelle j'insiste, parce qu'elle ne me paraît pas universellement acceptée.

Je fais allusion à la conduite à tenir dans les cas de poussées aiguës, même suraiguës qui peuvent compliquer la tuberculose annexielle. Des infections secondaires peuvent donner naissance à des suppurations pelviennes, à marche rapide, inquiétante et parfois mortelle. L'infection tuberculeuse, si par hasard elle est connue, s'efface alors et disparaît devant l'infection septique. C'est celle-ci qui devient menaçante, et c'est elle qu'il faut traiter. Or, c'est ici à la voie vaginale qu'il faut avoir recours quelles que soient les complications, l'étendue des lésions pelviennes. Les suppurations septiques aiguës avec fièvre, retentissement péritonéal et symptômes d'infection grave doivent être ouvertes, évacuées et drainées par le vagin. C'est aller au devant d'infections péritonéales graves et des accidents mortels que de se livrer par la voie abdominale à l'extirpation de foyers annexiels septiques et purulents. Par la voie vaginale, au contraire, on peut établir soit par la colpotomie, soit lorsque celle-ci est insuffisante, par la large brèche que donne l'hystérectomie, un drainage puissant. On ouvre au point le plus déclive une voie d'échappement au pus et aux foyers septiques. Dans ces cas graves et parfois désespérés l'hystérectomie vaginale est souvent une opération irrégulière, très pénible, très difficile qui demande au chirurgien qui l'exécute beaucoup de patience, d'énergie et d'habileté. C'est une opération héroïque et qui donne des résurrections. Je n'insiste pas davantage sur ce point que j'ai développé plus largement au Congrès d'Amsterdam en 1899.

D'ailleurs ces cas aigus et virulents sont exceptionnels dans la tuberculose. Presque toujours on se trouve en présence de cas à marche lente et chronique, sans fièvre et sans phénomènes aigus. C'est alors à la voie abdominale et exclusivement à elle qu'il faut avoir recours.

Voilà donc établie la nécessité d'aborder par la voie abdominale les annexites tuberculeuses, soit de propos délibéré, si le diagnostic a été établi d'avance, soit qu'on les reconnaisse fortuitement en les prenant pour des annexites chroniques ordinaires.

Les procédés opératoires les meilleurs seront donc ceux qui permettront d'aborder les annexes avec le plus de facilité et de les décoller en courant le moins possible le risque d'ouvrir et de déchirer les organes auxquels elles adhèrent.

Lésions unilatérales, salpingectomie. — Quand les lésions sont unilatérales, la conduite à tenir est simple et il n'y a pas de choix entre plusieurs manières de faire. Il n'y en a qu'une bonne, rationnelle et qui permette d'enlever les annexes avec le minimum de risques et de délabrements.

Toutes les fois que la chose est possible, il faut attaquer les annexes *par-dessous,* s'efforcer de les décoller *de bas en haut.* Elles sont ainsi infiniment plus faciles à séparer des organes auxquels elles adhèrent que lorsqu'on les attaque *par-dessus* et *de haut en bas.* Cette remarque ne s'applique, bien entendu, qu'aux cas dans lesquels il y a des adhérences sérieuses, car, lorsque les annexes, même malades, sont libres, mobiles et sans attaches pathologiques avec les organes voisins, elles sont faciles à enlever quelle que soit la façon dont on s'y prenne.

Mais, pour peu que le cas soit difficile, il n'y a aucune comparaison à établir, en règle générale, entre les difficultés que l'on rencontre dans

l'attaque des annexes de haut en bas et par-dessus, et la facilité relative que donne leur prise par-*dessous et* de *bas en haut*. C'est en haut et en dehors que sont presque toujours les adhérences étroites et solides avec des anses intestinales fragiles. C'est en bas que sont du côté du cul de sac de Douglas et du ligament large les plans de clivage et les espaces libres. De plus les annexes une fois décollées et relevées vers le haut, le pédicule supérieur, celui qui contient les vaisseaux utéro-ovariens s'isole de lui-même par la simple traction sur les annexes et est beaucoup plus facile à couper au bon endroit que lorsqu'il faut aller le chercher directement jusqu'au milieu des adhérences qui le dissimulent.

Or il n'y a qu'une façon d'attaquer les annexes par-dessous, lorsqu'on n'enlève pas l'utérus en même temps. C'est de sectionner d'abord leurs attaches à l'utérus qui précisément les empêchent de s'élever et de basculer en dehors. Le premier temps de l'extirpation des annexes doit donc être l'isolement de leur pédicule utérin et la section de ce pédicule. Bien entendu, lorsque ce pédicule, enfoui au milieu des adhérences, n'est pas accessible, comme il arrive dans certains cas compliqués, on pourra être obligé d'avoir recours, pour le trouver, à des manœuvres préliminaires extrêmement variables, mais qui doivent toutes avoir pour objectif la recherche du fond de l'utérus, seul point de repère précis et facile à reconnaître dans un bassin comblé d'adhérences. Le fond de l'utérus reconnu, il est bon de l'attirer avec une pince qui l'élève et facilite ainsi beaucoup les manœuvres. On reconnaît alors la corne utérine du côté malade, on sectionne entre deux pinces le pédicule annexiel, et, attirant les annexes ainsi détachées de leur insertion utérine en haut et en dehors, on les attaque par-dessous et on les décolle en les renversant vers le haut. Si les adhérences avec les parties voisines et en particulier avec les intestins sont solides et abondantes, il peut y avoir des difficultés assez sérieuses, mais il y en a toujours moins, je le répète, lorsqu'on procède de cette façon que lorsqu'on attaque les annexes de front.

Le ligament large est ainsi ouvert tout le long de son bord supérieur : on lie isolément les vaisseaux qui saignent, on ferme le péritoine par un surjet au catgut, qui rétablit le bord supérieur du ligament large, on reconstitue autant que possible la séreuse parfois fort endommagée et on termine l'opération comme on a coutume de le faire.

Cette opération ressemble en somme exactement à l'ablation d'une masse annexielle chroniquement enflammée, comme nous en rencontrons chaque jour.

Lésions bilatérales. Hystérectomie abdominale sub-totale. — Mais si les lésions sont bilatérales la conduite à tenir n'est plus la même. Sans doute, dans quelques cas, on pourrait avoir recours à l'extirpation des annexes des deux côtés, en agissant pour chacune d'elles comme il vient d'être dit. Mais cette conduite doit être exceptionnelle. En principe il faut tout enlever et faire sauter, en même temps que les annexes, un utérus qui, lui aussi, peut être envahi et qui est en tout cas plus nuisible qu'utile.

Je préfère de beaucoup l'*hystérectomie supravaginale* ou *subtotale* à l'hystérectomie totale. Ce n'est pas ici le lieu de recommencer une discussion épuisée. Mais les avantages de l'hystérectomie subtotale sont si grands, surtout au point de vue de la simplicité de l'hémostase, et par

suite de la rapidité de l'opération, que je suis convaincu de sa supériorité.

Il est bien évident que, si le col était malade ou simplement suspect, le premier devoir serait de l'enlever avec le reste de l'utérus en pratiquant ainsi une ablation totale. Mais les cas de tuberculose du col sont si exceptionnels que l'indication de son extirpation se présente bien rarement.

Il est donc évident pour moi que, toutes les fois qu'il s'agira de pratiquer une hystérectomie abdominale avec extirpation des annexes malades, il faudra donner la préférence aux procédés qui attaquent de bas en haut le bloc utéro-annexiel à enlever, et particulièrement à ceux qui permettent de désobstruer le centre du bassin en supprimant ou en écartant l'utérus avant de s'attaquer aux annexes elles-mêmes.

Sans doute ne guérira-t-on pas tous les cas, mais il y a eu des résultats admirables dans quelques cas.

M. Amann (de Munich). — **La tuberculose génitale.** — (*Congrès de Rome.*)

M. Amann s'est occupé, dans son rapport, plus spécialement de la pathogénie et de la prophylaxie.

La grande difficulté réside dans le siège primitif de la tuberculose génitale, et les différentes statistiques présentées à ce sujet sont essentiellement variables, car un foyer de tuberculose est réellement primitif quand il n'y a pas d'autre foyer en un point quelconque du corps, c'est dire que cette constatation ne peut se faire qu'à l'autopsie.

1. L'infection tuberculeuse congénitale, se transmettant à travers les vaisseaux sanguins et pouvant se localiser dans chaque organe y compris ceux de l'appareil génital, est bien possible : on doit l'admettre. Certaines formes de tuberculose génitale chez la petite fille ont précisément cette origine, mais encore ici les germes s'établissent d'abord dans les ganglions et de là pénètrent dans le système circulatoire. Les petites filles atteintes de tuberculose congénitale des organes génitaux succombent vite ; cependant, il est possible que les manifestations soient précédées d'une longue période latente. Dans des cas très rares, les manifestations tuberculeuses primitives des organes génitaux externes chez les petites filles peuvent éclater à la suite d'une infection locale.

2. Chez les petites filles plus âgées comme aussi chez les adultes, c'est par les organes respiratoires que le bacille pénètre le plus souvent, c'est-à-dire par les ganglions cervicaux et trachéo-bronchiques avec ou sans lésion de la porte d'entrée ; dans des cas beaucoup plus rares, l'infection primitive se manifeste dans les voies digestives à travers les ganglions du mésentère. A la suite de la caséification des ganglions, les bacilles augmentent en nombre d'une manière considérable, et de là, par suite de l'érosion des vaisseaux sanguins, ils pénètrent dans le sang pour se rendre ensuite aux différents organes et y provoquer des foyers secondaires.

3 Il est prouvé que le foyer primitif des ganglions peut subir une transformation régressive plus ou moins prononcée, ou devenir même calcaire, pendant que les foyers secondaires situés dans des organes plus particulièrement disposés (os, reins, appareil génital) continuent



à s'étendre, et peuvent, à leur tour, donner lieu à la tuberculisation par la voie du sang et provoquer la tuberculose miliaire.

4. Parmi les voies d'inoculations de la tuberculose génitale chez la femme, la voie sanguine seule a été démontrée d'une façon certaine, ce sont les cas de tuberculose où l'intestin et le péritoine ne sont pas intéressés.

5. La tuberculose génitale chez la femme est presque toujours accompagnée de la tuberculose des poumons ou des ganglions péribronchiaux. Les changements de forme présentés par les trompes, etc., dans les cas constatés de tuberculose d'origine sanguine, sont pareils aux changements typiques de la tuberculose des organes génitaux en général.

6. La prédisposition des organes génitaux à la tuberculose est plus prononcée dans le sexe féminin : chez l'homme 3 % des affections tuberculeuses intéressent les organes génitaux ; chez la femme c'est 20 %.

7. L'hypoplasie des organes génitaux, augmente dans les deux sexes la prédisposition à la tuberculose (sur 80 cas d'hypoplasie des organes génitaux de la femme on a constaté 24 cas de tuberculose génitale, Merletti). Il semble que les altérations chroniques inflammatoires (la blennorragie et les suites de couches) augmentent aussi cette prédisposition. La tuberculose génitale chez la femme se produit très rarement par suite de la propagation du processus tuberculeux du péritoine ou de l'intestin, ou par la voie des vaisseaux lymphatiques.

8. L'organe atteint le premier et avec une très grande intensité est presque toujours la trompe. L'infection de là se propage à l'utérus, au col, au vagin, suivant l'écoulement des sécrétions de la muqueuse génitale. Les mêmes organes peuvent être atteints à la fois ou bien par bonds successifs, à travers les vaisseaux sanguins.

9. L'existence de la tuberculose primive génitale chez la femme, à la suite d'inoculation externe directe, est encore l'objet de discussions.

10. Les cas que l'on cite comme exemple de tuberculose génitale primitive donnent lieu presque tous à de graves objections. A cet égard, on ne doit pas donner grand poids aux résultats de l'examen clinique et de l'opération, mais bien plutôt à l'autopsie, pourvu toutefois qu'elle soit pratiquée dans le but de découvrir tous les foyers qui pourraient être cachés dans les différentes organes.

11. L'extension des lésions tuberculeuses dans l'appareil génital, n'est pas un argument capable de décider s'il s'agit de tuberculose primitive ou secondaire.

12. Le passage des microbes de la tuberculose, qui ne sont pas doués de mouvements propres, dans la trompe peut s'expliquer avec la coopération des spermatozoïdes. Le sperme des individus atteints de tuberculose peut contenir les bacilles, même dans les cas où les organes génitaux ne présentent aucun foyer spécifique.

Les bacilles suivent toujours le courant de la sécrétion, et doivent, par conséquent, se diriger de haut en bas : les spermatozoïdes au contraire sont poussés dans une direction opposée.

Il faudrait donc admettre que les microbes de la tuberculose soient comme attachés aux spermatozoïdes. Du reste, le mouvement vibratile de l'épithelium ne peut exercer aucune influence.

Les recherches de Pinner ont démontré que les corpuscules sont trans-

portés rapidement par les courants liquides, dans l'utérus et le vagin, à travers la trompe.

13. On a dit que la bacille pouvait s'introduire par les organes génitaux pendant les rapports sexuels; cette opinion est peu vraisemblable. A son avis les rapports sexuels avec un homme atteint de tuberculose sont plutôt dangereux à cause du risque qu'il y a de contracter l'infection par d'autres voies, surtout par les voies respiratoires, que pour les dangers que peuvent apporter les rapports sexuels.

14. On ne rencontre presque jamais de manifestations tuberculeuses primitives des parties externes de l'appareil génital ou du vagin, avec tuméfaction des ganglions. On devrait les admettre pour les cas que certains auteurs regardent comme provenant de l'inoculation par le tissu paravaginal.

15. A son avis, on doit attribuer une grande importance aux observations d'anatomie pathologique. MM. Bollinger, von Recklinghausen, Ribberts, Albrecht (de Vienne), Schmaur, Schmorl, Aschoff (de Munich) déclarent n'avoir jamais observé un seul cas de tuberculose génitale primitive chez la femme.

La dénomination de forme ascendante et descendante pour la tuberculose génitale est inexacte, parce que, même dans les cas que l'on désigne sous le nom de tuberculose génitale primitive et par conséquent ascendante, la trompe est l'organe le premier atteint.

Quand il y a tuberculose génitale chez des femmes, avec atrésie du vagin, il faut éliminer la possibilité de l'infection exogène.

Comme pour la tuberculose pulmonaire, la prophylaxie de la tuberculose génitale réside dans l'augmentation de résistance de l'organisme; dans l'éloignement, dans la mesure du possible, des chances d'infection et dans le traitement des affections prédisposantes.

M. J. Veit (de Leyde). — **Tuberculose génitale.** — (*Congrès de Rome.*)

Se basant sur un grand nombre de statistiques allemandes, M. Veit admet que :

1. La tuberculose génitale est plus fréquente qu'on ne croyait autrefois.

2. Il existe certainement une forme primitive de tuberculose génitale : mais la forme secondaire est plus fréquente.

3. La pathogénie de la tuberculose génitale est descendante dans la plupart des cas : elle est rarement ascendante; cependant l'infection peut se manifester aussi par la voie des vaisseaux sanguins ou bien par les vaisseaux lymphatiques à la suite de lésions accidentelles.

4. Le diagnostic doit, autant que possible, se baser sur la présence du microbe de la tuberculose; la constatation certaine du tubercule suffira aussi éventuellement.

5. La tuberculose génitale peut se guérir spontanément.

6. Dans la tuberculose génitale primitive ou isolée, le meilleur traitement que nous ayons actuellement à notre disposition consiste dans l'opération radicale.

7. Dans la forme non localisée ou secondaire de tuberculose génitale, la thérapeutique est représentée tout d'abord par le traitement général et surtout dans des établissements *ad hoc* (sanatoria); mais il faut

admettre aussi que dans certaines circonstances l'intervention chirurgicale donne des résultats satisfaisants et durables : aussi peut-on l'indiquer dans des cas exceptionnels.

8. Dans le traitement palliatif, il faut donner la première place à l'emploi de l'iodoforme. M. Veit passe ensuite à la péritonite tuberculeuse et énonce les conclusions suivantes :

La péritonite tuberculeuse est toujours secondaire; on distingue deux formes ; l'une ascitique, l'autre adhésive.

L'altération des organes génitaux peut être primitive, secondaire, ou être limitée exclusivement à la tuberculose des enveloppes séreuses des organes génitaux.

Toute péritonite accompagnée de nodosités très répandues, quand elle n'est pas secondaire à la présence de tumeurs des ovaires ou d'un cancer, doit être soupçonnée comme étant de nature tuberculeuse.

La péritonite tuberculeuse est susceptible, bien que très rarement, de guérison spontanée.

La péritonite tuberculeuse peut guérir par la laparotomie; les insuccès tiennent, dans la plupart des cas, à la présence d'affections tuberculeuses très avancées en d'autres parties de l'organisme.

Nous ne possédons pas encore d'explication généralement reçue au sujet de ces guérisons; il nous paraît très vraisemblable qu'il s'agisse de l'influence exercée par le sérum normal ou ayant acquis des propriétés anti-toxiques.

Au point de vue thérapeutique, on opérera les cas de péritonite récente, toutes les fois qu'il se manifeste des troubles; si l'on opère trop tôt on risque d'être obligé de pratiquer une seconde opération.

Les cas de péritonite chronique doivent être tenus en observation; si la tendance à la guérison spontanée ne se montre pas promptement, on aura recours à l'opération.

L'opération consistera dans la laparotomie pratiquée le long de la ligne blanche, l'évacuation du liquide et la fermeture de la cavité abdominale; seulement dans les cas où il y aurait des foyers tuberculeux localisés dans les organes génitaux, on y joindra l'opération radicale abdominale.

A. MARTIN. — **La tuberculose génitale.** — (*Congrès de Rome.*)

La question de la tuberculose génitale est devenue d'actualité depuis l'important travail de Hegar en 1886 et, d'autre part, les gynécologues n'ont pas voulu rester en arrière du grand mouvement anti-tuberculeux.

Le diagnostic ne peut être posé d'une façon absolue que si l'on a trouvé le bacille de Koch.

Les organes génitaux de la femme sont atteints de tuberculose beaucoup plus souvent qu'on ne le pense.

L'infection tuberculeuse peut se localiser et se développer dans toutes les parties de l'appareil génital.

L'apparition de la tuberculose dans les organes génitaux peut être primitive; la forme secondaire est beaucoup plus fréquente.

Le bacille de la tuberculose s'introduit quelquefois par la vulve (infection ascendante); mais plus souvent par les parties supérieures (infection descendante).

Il est probable que l'infection dérive souvent de l'intestin, soit directement, soit par les ganglions, soit par le péritoine.

L'infection des organes génitaux peut se produire aussi par la voie du sang ou métastatique.

Dans toutes les formes de tuberculose, l'infection peut s'étendre d'une manière continue ou se propager par bonds.

D'ordinaire, plusieurs parties sont atteintes à la fois, laissant toutefois des parties saines au milieu d'elles.

La tuberculose guérit souvent au point d'origine, tandis que le processus devient très intense dans les organes génitaux.

Les affections chroniques dans les suites de couches, les affections blennorragiques et syphilitiques créent dans les organes génitaux une sorte de prédisposition. Il en est de même pour la dystrophie et l'hypoplasie.

On n'en connait pas encore les symptômes pathognomoniques.

Quand une lésion inflammatoire des organes génitaux se trouve associée à une affection tuberculeuse dans d'autres organes, on doit soupçonner aussi la présence de la tuberculose dans les organes génitaux.

Un examen anatomique peut seul fournir un diagnostic assuré.

Dans la majorité des cas on peut établir le diagnostic sur la présence du bacille de la tuberculose.

A défaut de celui-ci, beaucoup d'auteurs estiment que la constatation du tubercule au microscope peut être suffisante.

Le pronostic est toujours grave, mais il devient sans espoir seulement dans le cas de destruction étendue.

Quand la maladie est étendue et surtout quand elle s'est propagée à d'autres organes, il ne reste qu'à suivre le traitement général, et à combattre chaque symptôme en particulier.

Quand l'affection est localisée aux organes génitaux, ou que ce même foyer fasse des progrès inquiétants, l'extirpation du foyer ou éventuellement de tout l'appareil génital peut donner une chance de guérison; par conséquent, on doit faire l'opération.

DISCUSSION

M. Gutierrez (de Madrid). La tuberculose primitive utérine existe et sera trouvée de plus en plus fréquente à mesure que l'on examinera mieux les sécrétions vaginales. Il en a trouvé 10 cas dans sa clinique et a démontré l'existence de bacilles de la tuberculose.

La tuberculose secondaire est plus fréquente, bien que dans les cas de salpingite et de péritonite tuberculeuse, il soit bien difficile de décider qu'elle a été le début de l'affection.

Des deux formes de tuberculose péritonéale (ascitique et adhésive), la première conserve plus longuement les forces de l'organisme, car elle n'empêche pas l'absorption intestinale, tandis que la seconde, mettant obstacle à la fonction intestinale, débilite plus profondément l'organisme. La tuberculose ascitique guérit souvent spontanément : la tuberculose adhésive nécessite quelquefois la laparotomie pour occlusion intestinale, mais cette forme se prête moins à un traitement chirurgical vraiment curateur.

L'endométrite tuberculeuse une fois constituée réclame l'hystérectomie.

M. Pichevin (de Paris) rapporte en détail un cas de tuberculose génitale traitée par l'hystérectomie totale et suivie de guérison. En général, il est partisan plutôt de l'opération subtotale : il insiste, au point de vue du diagnostic, sur la forme spéciale que présente la trompe tuberculeuse allongée en chapelet.

M. le Pr Spinelli (de Naples) a observé 31 cas de tuberculose génitale et il admet que cette affection est relativement fréquente. Il admet aussi que dans le plus grand nombre des cas la maladie est primitive. Dans trois de ces cas, le mari était atteint de tuberculose pulmonaire : dans un cas, il était atteint de tuberculose testiculaire.

L'état puerpéral agit comme un facteur étiologique sur la diffusion d'une tuberculose génitale, quelquefois latente.

Dans la plupart des cas, on fit le diagnostic *clinique*, confirmé par l'examen histologique et bactériologique.

M. Spinelli croit qu'il est possible de faire le diagnostic clinique de la péri-métro-annexite tuberculeuse par une série de symptômes objectifs.

Le col strumeux et scrofuleux présente des caractères spéciaux.

Les organes les plus fréquemment pris furent la trompe et l'ovaire, le péritoine prenant généralement part au processus infectieux.

D'après sa propre expérience, M. Spinelli admet que la plupart des cas de péritonite tuberculeuse chez les femmes sont d'origine génitale.

Au point de vue anatomo-pathologique, il existe une forme lardacée nodulaire de péritonite tuberculeuse, pouvant être prise pour un néoplasme malin, et souvent même l'examen histologique de la muqueuse utérine, fait cependant par des histologistes très compétents, a donné le diagnostic d'adéno-carcinome, dans les cas de tuberculose utérine.

L'auteur admet que dans ses formes limitées, la tuberculose génitale peut être assimilée à la tuberculose osseuse, et il se déclare partisan d'une chirurgie conservatrice, surtout dans les lésions localisées du col.

M. le Pr von Franqué (de Wurzburg) rapporte une observation de tuberculose génitale mortelle, montrant bien quelles difficultés a souvent le chirurgien pour faire dans ce cas un diagnostic précis. Il s'agissait d'une femme accouchée chez laquelle la tuberculose génitale présenta une allure très vive et fut prise pour une infection puerpérale.

M. le Pr Pozzi se demande s'il y a réellement des indications pour l'hystérectomie vaginale, comme le veut M. Faure ; dans le cas de tuberculose, plus encore que dans les autres infections, il rejette absolument la voie vaginale : 1° parce qu'elle est dangereuse, à cause des adhérences intestinales ; 2° parce qu'elle ne permet que des opérations forcément incomplètes.

Ensuite, M. le Pr Pozzi, bien qu'il soit en général très conservateur en chirurgie, se déclare absolument radical en ce qui concerne l'opération ; il faut toujours enlever les annexes des deux côtés ; pour cela tout le monde est d'accord ; il faut aussi enlever l'utérus et faire l'amputation totale, toujours pour ne pas laisser de tissu utérin qui peut être tuberculeux.

Toute opération incomplète chez un tuberculeux peut donner un coup de fouet à l'infection.

Pour la même raison, M. le Pr Pozzi repousse tous les procédés qui nécessitent le morcellement de l'utérus; quant à lui, il préfère le procédé de M. Terrier.

Lorsqu'on a fait une opération incomplète pour des lésions qui se trouvent être reconnues tuberculeuses après l'opération, M. Pozzi ne croit pas qu'il faille réopérer immédiatement; il faut cependant s'attendre à être obligé de le faire.

Pour ce qui est de la tuberculose du col, M. Pozzi en a observé quelques cas, toujours compliqués de lésions d'autres viscères. Si la tuberculose pulmonaire est avancée, il faut ne rien faire du tout; si, au contraire, cette tuberculose est douteuse ou peu avancée, il ne faut pas hésiter et faire toujours une extirpation totale.

M. Theilhaber (de Munich) croit que la guérison de la tuberculose péritonéale par laparotomie provient surtout des adhérences qui se produisent à la suite de cette intervention. Il propose une technique destinée à favoriser ces adhérences.

M. S. Gottschalk (de Berlin). Il est très difficile de se rendre compte du siège de début de la tuberculose génitale et il est presque impossible de décider si la contagion peut être directe et occasionnée par le sperme d'un tuberculeux.

D'autre part, il peut toujours y avoir un petit foyer tuberculeux dans un autre organe et qui passe inaperçu. M. Gottschalk raconte ensuite un cas de tuberculose chez une vierge de trente-deux ans; comme M. Pozzi, il trouve l'hémisection tout à fait contreindiquée.

Ont encore pris part à la discussion et cité quelques cas de leur pratique : M. Fargas (de Barcelone) et Truzzi (de Padoue); puis, la discussion étant close, la parole est donnée aux rapporteurs.

M. le Pr Martin (de Greifswald), tout en regrettant de n'avoir pas pu, d'une façon parfaite, suivre cette discussion si polyglotte, revient sur la difficulté qu'il y a de savoir si l'on a affaire à un cas primitif ou secondaire. Il insiste beaucoup sur l'importance de l'anatomie pathologique comme base de l'intervention. Il est beaucoup moins exclusif que la plupart des autres auteurs en ce qui concerne la technique opératoire : il veut laisser à chacun la voie de son choix, les uns préférant l'opération vaginale, les autres préférant la laparotomie. D'autre part, il est loin de partager l'opinion trop radicale, d'après lui, de M. Pozzi, et il serait d'avis d'être conservateur.

M. Amman (de Munich) montre que seulement l'examen anatomo-pathologique peut donner les indications opératoires sérieuses.

Le traitement de la tuberculose doit surtout être basé sur la recherche des moyens qu'emploie si fréquemment la nature pour guérir les lésions tuberculeuses, et c'est dans cette voie que le rapporteur croit que se trouvera le traitement de choix, bien plus que dans le traitement chirurgical.

M. Veit (de Leyde) répond à M. Pozzi que ce dernier cherche à éviter avant tout les opérations partielles et que, cependant, malgré tout, les opérations sont toujours forcément partielles au point de vue anatomique. D'ailleurs M. Pozzi n'enlève pas le poumon dans les cas de tuberculose génitale compliquée de tuberculose pulmonaire!

Ensuite, M. Veit reprend les cas de guérison de péritonite tuberculeuse à la suite d'insufflation d'air stérilisé. Ce traitement ne doit pas

causer d'adhérences; celles-ci ne sont donc point la cause de la guérison, comme le voudrait M. Theilhaber.

THÉRAPEUTIQUE — CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

DALCHÉ. — **Les leucorrhées virginales et leur traitement.** — (*Journal de médecine interne*, 1er *juillet* 1902.)

Parmi les causes diverses de la leucorrhée chez les jeunes filles, le travail évolutif de la puberté représente la cause la plus fréquente. Ce travail s'accompagne d'un mouvement fluxionnaire de la muqueuse du col et de toutes les parties génitale, qui se traduit par la leucorrhée. Celle-ci apparait souvent avant rétablissement des règles : elle peut être périodique, s'accompagner de douleurs. Chez les lymphatiques, cette leucorrhée est irritante pour la muqueuse de la vulve et des lèvres.

Faut-il soigner ces leucorrhées? Ne faites rien pour les tarir, dit M. Dalché, cela pourrait avoir une action néfaste sur l'évolution. Il en est de même de la leucorrhée qui accompagne les règles à la puberté, comme pendant tout le cours de la vie génitale. Une troisième catégorie est constituée par les fausses utérines qui ont de la leucorrhée à propos de troubles disgestifs et de constipation. Ce sont ces derniers troubles qu'il faut soigner. Parmi les fausses utérines il faut encore citer les malades atteintes de péritonite, d'entérite, de vers intestinaux, les phtisiques au début, les saturnines, les arthritiques.

La leucorrhée accompagne aussi les affections utéro-ovariennes, la métrite, les déviations, les flexions; dans ces cas, la leucorrhée détermine parfois du vaginisme.

La leucorrhée qu'accompagne la vulvo-vaginite mérite une place à part. Elle s'observe de la naissance à la puberté avec maxima de 2 à 6 ans de 11 à 13 ans. On devinera facilement ses causes en disant, avec Marfan, qu'elle a une origine saprophytique ou pyodermique. Elle peut accompagner les fièvres éruptives, la coqueluche, les oreillons, la fièvre typhoïde, la scrofule, l'anémie et la syphilis congénitale, enfin l'infection blennorrhagique, par suite de la contamination par des objets. Les cas de viol sont extrêmement rares.

Le traitement varie avec la variété. Chez les fausses utérines, on relèvera l'état général, on soignera les troubles digestifs, la chlorose, etc. Chez les petites filles, on prescrira des bains, des soins de propreté sévères, on interdira le coucher dans le même lit, on supprimera l'usage commun des objets de toilette.

Contre la leucorrhée catarrhale chronique non vénérienne, lavages, décoction de feuilles de noyer ou de roses de Provins, de feuilles d'eucalyptus, additionnée de 4 grammes de bicarbonate de soude ou encore d'extrait de Saturne 5 à 10 gouttes ou une cuillerée à café de tanin par litre. Pour l'adulte, tampon imbibé d'acide lactique à 3 p. c. dans la glycérine. On peut prescrire une bougie d'iodoforme pour le soir. M. Dalché emploie souvent un mélange à parties égales de poudre d'orthoforme, d'iodoforme et de poudre de talc.

Contre la vulvo-vaginite blennorrhagique, repos au lit, bains de siège narcotiques ou émollients : feuille de belladone, de morelle et de jusquiame *àâ* 30 gr. et 2 têtes de pavot pour un bain de siège et pour injections. Chez les petites filles faire une injection avec une

sonde uréthrale d'homme, adaptée à un entonnoir et pousser l'injection très lentement, à faible pression ; ou permanganate de potasse au quatre millième.

Si l'on emploie le sublimé, éviter la pommade à l'oxyde de zinc, ce qui donnerait du chlorure de zinc très caustique.

Contre le prurit vulvaire, exciser le développement exagéré du clitoris, des nymphes, etc. Lavages chauds de sublimé à 1 p. 1.000, le chloral à 1 p. 100. Comme pommade : menthol 0,05, gaïacol 0,50, oxyde de zinc 10 et vaseline 30. Badigeonnages avec la teinture d'aloès.

L. J.

VAN MEENEN. — **Irrigation et tamponnement.** — (*Bull. de la Soc. méd. de Gand*, juin-juillet 1902).

L'auteur étudie la pratique générale des irrigations. Pour le vagin elles peuveut offrir des dangers d'intoxication, de blessure par la canule ; leur action antiseptique est faible et, pour aseptiser le vagin, il faut se servir en même temps d'un spéculum grillagé ou mieux faire le tamponnement qui déplisse la muqueuse. Pour l'utérus les dangers sont encore plus grands ; même après dilatation, la surface cruentée peut absorber une partie du liquide injecté, d'où accidents d'intoxication. Il vaut mieux recourir encore au tamponnement. Le tamponnement utérin donne de bons résultats dans le catarrhe utérin et les métrorragies.

Dans la cavité péritonéale, l'auteur réserve l'irrigation avec la solution salée dans les cas d'épanchement de liquide purulent ; si le liquide épanché est sanguin ou séreux, le tamponnement à la gaze agira mieux. Les lavages à l'eau chaude peuvent provoquer l'arrêt de la respiration et de la circulation ; ils enlèvent encore momentanément au péritoine son pouvoir absorbant. L. J.

LÉON MABILLE. — **Traitement médical des métrites.** — (*Archives de médecine et de chirurgie spéciales, mai* 1902.)

Métrite du corps. — Cathétérisme utérin aseptique et en l'absence de tout soupçon de grossesse. Dilatation utérine : la dilatation lente est de beaucoup préférable par les tiges de laminaire. Débridement du col au moyen de ciseaux si l'introduction des tiges est impossible. Modifier la muqueuse par l'irrigation intra-utérine avec une solution antiseptique faible, ou bien promener dans la cavité utérine un bout de gaze boriquée enroulée autour d'une tige terminée par des cannelures. Cautérisations au moyen d'instillations, de badigeonnages caustiques, de crayons intra-utérins. Comme caustiques : chlorure de zinc à 5 p. 100, créosote, teinture d'iode, naphtol camphré, perchlorure de fer, crayons à l'iodoforme ou au sulfate de cuivre. Ergot, hydrastis, gélatine en cas de métrite hémorhagique. Repos absolu au lit.

Métrite du col. — Toucher les ulcérations, les érosions avec nitrate d'argent au 1/30, teinture d'iode, pointe fine du thermocautère. Contre l'hypertrophie du col : hersage, scarification, igniponcture. — Tampons glycérinés, ovules ; les pansements secs au tanin, à l'iodoforme, au salol sont moins bien supportés. Levure de bière en application locale. Injections vaginales chaudes en position horizontale.

Curettage, opérations anaplastiques quand échoue le traitement médical. Traitement général. L. J.

LENNAN. — **Examen digital de la cavité utérine.** — (*Société gynécologique de Glasgow*, 28 *mai* 1902.)

Une multipare de 35 ans était atteinte de ménorrhagies, de dysménorrhée et de troubles pelviens. L'utérus était en rétroversion, prolabé et mesurait 3 pouces et quart. Le col fut rapidement dilaté, le doigt fut introduit dans l'utérus, et l'examen bimanuel révéla l'existence d'un myome de la paroi antérieure de l'utérus. Dans le deuxième cas une secondipare était atteinte d'hémorrhagies profuses. L'utérus était volumineux et le col béant. Les annexes étaient normales. La palpation intra utérine montra un état de ramollissement de l'endométrium. Le curetage montra l'existence d'une endométrite. On fit le tamponnement de l'utérus et l'hémorrhagie cessa.

Les indications de la palpation intra utérine, sont, d'après l'auteur, les ménorrhagies, les métrorhagies, les hémorrhagies après la ménopause, la dysménorrhée, et avant et après le curetage. Les contre-indications sont les lésions tubaires, la grossesse ectopique et les inflammations aiguës.

L. J.

CAMPBELL. — **Conservation de l'utérus dans les hémorrhagies utérines.** — (*Illinois State Med. Soc.*, 20-22 *mai* 1902.)

L'auteur condamne la pratique de l'hystérectomie dans les inflammations pelviennes comme le sacrifice inutile d'un organe qu'on peut conserver par un traitement approprié. L'opération ne doit être qu'exceptionnelle lorsque l'utérus est atteint d'une façon irrémédiable, lorsque les lésions retentissent constamment sur la santé générale.

L. J.

S. POZZI. — **Traitement du cancer de l'utérus.** — (*Congrès de Rome.*)

Le cancer de l'utérus revêt des formes cliniques dont l'évolution est commandée par l'âge de la malade, par le siège du néoplasme, par la variété histologique de la tumeur. Malgré les progrès incessants de la chirurgie, il reste au-dessus des ressources de la thérapeutique, et, si nous pouvons escompter des survies très prolongées dans des cas particulièrement favorables, il ne nous est guère permis de dire que nous le guérissons.

Le cancer de l'utérus n'est nullement toujours identique à lui-même, et je dois, après bien d'autres, mettre en relief l'influence de l'âge. Il m'est arrivé d'opérer des femmes toutes jeunes, ayant moins de vingt-cinq ans, et ce fut toujours pour moi une tristesse profonde que de voir le mal repulluler sur place, parfois avant la cicatrisation de la plaie, malgré de larges exérèses. En revanche, chez des femmes âgées de plus de soixante ans, par des traitements purement palliatifs, par des pansements soigneux, par des curetages successifs doublés de cautérisations, j'ai pu obtenir des survies de plusieurs années, n'allant pas sans causer quelque étonnement. Sans doute, ces cas extrêmes sont l'exception, mais ils démontrent bien qu'on ne saurait édicter de règles absolues en matière de thérapeutique du cancer.

A l'âge moyen de la vie, période d'élection du cancer utérin, il existe aussi des dissemblances que nous ne saurions scientifiquement spécifier,

mais que nous exprimons par les termes de tempérament, de prédisposition héréditaire, de prédisposition morbide acquise par des maladies antérieures, etc. Le cancer qui se développe chez une femme arthritique, fille de cancéreux, est-il bien comparable à celui qui survient chez une lympatique issue de tuberculeux? Les tempéraments nerveux réagissent-ils à l'instar des pléthoriques? Les organismes à nutrition ralentie se comportent-ils de la même manière que ceux dont les dessous pleins de vitalité offrent aux cellules néoplasiques un terrain de riche culture où elles pourront se développer à merveille? Et ne faudrait-il pas chercher dans ces notions de pathologie générale les raisons de quelques succès dans des cas paraissant désespérés, en même temps que l'explication de revers étonnants, survenant dans des conditions paraissant particulièrement avantageuses? A côté de la nature du mal, il est donc indispensable de faire entrer en ligne de compte l'organisme sur lequel il évolue.

Un autre point, sur lequel, d'ailleurs, tout le monde s'entend, est la différence si tranchée qui existe entre le cancer du corps et le cancer du col. Le cancer du corps, par la lenteur de son évolution, par l'époque tardive de sa propagation aux tissus voisins, ne saurait se comparer au cancer du col, dont la rapidité est ordinairement si grande que nous arrivons avec peine à l'attaquer à temps.

Enfin, il existe des variétés histologiques que l'expérience nous montre dissemblables dans leur gravité.

Il résulte de cet exposé que les cancéreuses ne sont pas absolument comparables entre elles.

Le cancer du corps de l'utérus a été longtemps regardé comme exceptionnel. Les statistiques réunies par Tesson (dans sa thèse de 1902) semblent montrer que cette maladie est plus fréquente qu'on ne l'a cru. C'est ainsi que nous voyons Dmitri de Ott rencontrer 15 cancers du corps sur un ensemble de 62 epithéliomas utérins (1900). Cullen (de Baltimore) parle aussi de 30 cancers du corps sur 103 malades (1900). Terrier [1] en a observé 6 cas sur 28. D'après Zweifel [2] (1902) la proportion serait la suivante: 90 % de cancers cervicaux et 10 % de cancers du corps.

Dans les cas opérés que j'ai relevés depuis onze ans a l'hôpital Broca (1890-1902), je n'ai pourtant observé que 6 cancers primitifs du corps contre 204 cas de cancers du col.

Cette disproportion entre mes propres observations et celles des auteurs précédents me porte à penser que, peut-être, certains chirurgiens ont attribué trop facilement une signification maligne à des dispositions atypiques de structure ou de texture qui se rencontrent parfois dans les anciennes métrites. Il m'est arrivé de voir les histologistes en désaccord sur la nature d'un fragment de muqueuse enlevé par le curetage explorateur, dans une biopsie pré-opératoire, l'un affirmant l'adénome malin ou l'épithélioma, l'autre demeurant dans le doute. M. le professeur Cornil m'a avoué que, dans beaucoup de cas, la certitude était impossible et l'interprétation facultative. N'a-t-on pas souvent été

[1] Terrier. — *Revue de chirurgie*, 1899, numéro de décembre, et *Gaz. hebd.*, 1902, 5 janvier.

[2] Zweifel. — Voy. Glockner, *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. VI, n° 2, p. 267.

trop prompt à qualifier de cancéreuses de petites lésions d'une autre nature ? Je pose la question sans la résoudre.

Le point le plus intéressant de l'histoire du cancer primitif du corps de l'utérus, c'est la lenteur de son évolution clinique et l'époque tardive de sa migration hors de l'utérus, de sa propagation aux ligaments larges, au paramétrium et aux ganglions lymphatiques. Tous les auteurs ont insisté sur sa bénignité relative, caractère de la plus haute importance au point de vue du traitement chirurgical. Tandis que le cancer du col empiète très rapidement sur le vagin, la vessie, le rectum, les ligaments larges, présente un retentissement ganglionnaire très précoce et tue les malades dans l'espace de dix-huit mois à deux ans, rarement plus tard, le cancer du corps évolue avec une lenteur sans exemple pour les néoplasmes d'origine épithéliale; pendant des mois et des années, il reste cantonné entre les parois utérines qui jouent le rôle de coque protectrice contre ses empiètements sur les organes voisins, et, longtemps, les malades conservent toutes les apparences de la santé.

Le traitement du cancer du corps de l'utérus consiste dans l'hystérectomie; comme le principe en matière de chirurgie du cancer est de ne pas morceler pour éviter les greffes, et que, d'autre part, le cancer du corps augmente le volume de l'organe et s'observe le plus souvent chez des femmes d'un certain âge dont le vagin a déjà subi plus ou moins souvent l'involution sénile, j'estime que l'hystérectomie abdominale est le procédé de choix.

Tous les chirurgiens, nous l'avons déjà dit, sont unanimes à déclarer que ces cancers sont ceux qui comportent les guérisons les plus nombreuses et les plus durables.

Lauwers[1], qui compte 6 guérisons apparentes depuis un, deux, quatre, cinq et six ans (sur 12 opérées de cancer du col de l'utérus), note que sur 3 cancers du corps, 3 sont sans récidive depuis cinq ans.

Boissier[2] rapporte 3 cas sans récidive depuis trois ans et un depuis sept ans.

Steinbach[3] déclare que sur 23 opérées de la clinique de Hofmeier, 13 sont guéries depuis trois et quatre ans.

Segond[4] parle de 2 opérées sur 13 revues guéries quatre ans et neuf ans après l'ablation de l'utérus.

Winter[5] a réuni 30 observations de cancer du corps dont 14 avec récidive et 16 sans récidive au bout de 5 ans et au-dessus. Parmi les 16 malades sans repullulation, 3 étaient opérées depuis 5 ans, 1 depuis 6 ans, 3 depuis 7 ans, 2 depuis 8 ans, 2 depuis 9 ans, 2 depuis 10 ans, 3 depuis 11 ans.

***

Le cancer du col de l'utérus se caractérise essentiellement :

1° Par la rapidité de son évolution, qui fait qu'il franchit de bonne heure les limites de la matrice pour se propager aux organes voisins, envahir le vagin, les ligaments larges, la vessie, le rectum.

[1] Lauwers. — *Soc. belge de gyn.*, 1899, t. X, n° 2.
[2] Boissier. — *Thèse*, Paris, 1899.
[3] Steinbach. — *Thèse*, Wurzbourg, 1901.
[4] Segond. — Cité par Tesson.
[5] Winter. — *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1900, t, XLIII, n° 3, p. 510.

2° Par la précocité de son retentissement ganglionnaire;

Le traitement curatif du cancer du col utérin ne peut consister que dans l'exérèse de tous les tissus infiltrés par le néoplasme. Pour être efficace, cette exérèse doit être aussi complète, aussi large que possible, elle doit même empiéter sur les tissus sains.

Quels sont les cas qui sont justiciables d'une intervention dite radicale, par l'hystérectomie? — Il est bien difficile encore ici d'établir des règles suivies par tous : les chirurgiens obéissent, en pareille matière, d'autant mieux à leur tempérament que, comme je le disais au début, le cancer du col utérin est une maladie rebelle et rapidement fatale.

D'après Burkhardt (de Greifswald), 26 % seulement des malades qui se présentent à notre examen sont en état de supporter l'intervention radicale avec des chances de succès; à la clinique de Breslau on a examiné, de 1893 à 1896, 275 cancéreuses dont 63 seulement étaient opérables; à la clinique de Dresde (1889-1896), sur 105 cas, 22 seulement furent soumis à l'intervention. Depuis dix ans, Gusserow a reçu dans son service 577 cancéreuses et n'en a opéré que 89. A la clinique de Moscou, on a opéré 52 malades sur 533[1]. Pour ma part, à l'hôpital Broca (1890-1902), en onze années, sur 210 malades opérées, l'hystérectomie n'a été pratiquée que 80 fois.

En France, la plupart des chirurgiens admettent que l'opération est contre-indiquée toutes les fois que le cancer immobilise l'utérus. Pour moi, je suis resté fidèle à ma formule : plus la lésion est petite (dans le cancer de l'utérus), plus l'opération doit être étendue, et *vice versa* : dans les cas où l'utérus a été largement dépassé par le néoplasme, je me borne à l'évidement avec la curette tranchante, suivi de la cautérisation au fer rouge. Mais je pratique l'hystérectomie quand l'utérus seul est attaqué ou quand ses limites ont été assez peu dépassées pour ne pas compromettre sa mobilité.

En Allemagne, on est parfois beaucoup plus large au point de vue des indications. En lisant les observations de Wertheim, on constate qu'il s'agit presque toujours de cas où le parametrium est largement infiltré par le néoplasme. D'après Mackenrodt[2], il ne faut pas hésiter à intervenir, même si les ligaments larges sont intéressés, même si la vessie est envahie. A la vérité, Schauta[3] et Küstner[4] ont moins d'audace, mais une légère infiltration du parametrium ne les arrête pas. Au contraire, pour Hofmeier[5] et Olshausen[6], l'envahissement du ligament large est une contre-indication formelle. Cholmogoroff[7] et Pernice[8] n'interviennent que si la paroi vaginale est complètement indemne.

***

Pour aborder l'utérus cancéreux et en faire l'ablation complète, plusieurs voies ont été suivies par les chirurgiens. Nous ne nous occu-

1 Ces indications ont été puisées dans le travail de Gellhorn, Berlin, 1898, S. Karger, éditeur.

2 Mackenrodt. — *Soc. de gyn. de Berlin*, 1902, janvier.

3 Schauta. — *In* Waldstein. *Arch. f. Gyn.*, 1900, t. LXI, p. 52.

4 Kustner. — Voy. Wisseline. *Zeit. f. Gyn.*, 1897, t. XXXVII, n° 2.

5 Hofmeier. — « Maladies des femmes », 1899, 12° édition.

6 Olshausen. — *Deutsche med. Woch.*, 1892, n° 33, et 1896, n° 18.

7 Cholmogroff. — *Volk. Samml. klin. Vortr.*, n° 108.

8 Pernice. — Voy. Burkhardt. *Arch. f. Gyn.*, 1897, t. XLIII, n° 2.

perons ici que des deux principales : la *voie vaginale* et la *voie abdominale*, laissant de côté les autres méthodes : *sacrée*, *para-vaginale*, etc., qui ne sont pas restées ou qui ne sont pas entrées dans la pratique courante jusqu'à ce jour.

Après avoir joui pendant très longtemps d'une réputation incontestée dans le traitement radical du cancer utérin, l'hystérectomie vaginale a perdu du terrain depuis que la voie abdominale a fait naître l'espoir d'une intervention plus radicale. Grâce à la large brèche qu'offre la laparotomie, on peut, en effet, non seulement enlever l'utérus avec une plus grande facilité, mais encore explorer et disséquer le petit bassin, extirper les ganglions atteints ou simplement suspects, supprimer les ligaments larges, exciser le tissu cellulaire du plancher pelvien, etc. La laparo-hystérectomie permet donc au chirurgien de s'attaquer à des cancers avancés dans leur évolution et qu'il n'est plus possible d'enlever par le vagin.

Bien plus : d'après certains partisans de la voie abdominale, on ne peut parler d'extirpation totale du cancer que si l'on a enlevé, en même temps que l'utérus, la partie supérieure du vagin, les ligaments larges, les ganglions lymphatiques, enfin tous les tissus suspects.

Freund [1], Funke [2], Peiser [3], en Allemagne, Irish [4], Clark [5], Ries [6], en Amérique, ont été les premiers à proclamer l'excellence de la laparo-hystérectomie. En France, cette opération a été d'abord chaudement défendue par Ricard [7], puis par Reynier [8], Faure [9], Terrier [10], en Belgique, Jacobs [11] et Rouffart [12], l'ont préconisée avec le plus vif enthousiame.

A l'heure actuelle, elle compte à peu près autant de partisans que l'hystérectomie vaginale. Un des plus en vue est Wertheim [13] (de Vienne), qui en a donné une technique très ingénieuse. Kroenig [14] (de Leipzig), Mackenrodt [15], Dœderlein [16], en parlent comme de l'opération idéale, et Rosthorn [17] (de Prague) est du même avis.

D'autre part, parmi les plus chauds partisans de la voie vaginale, il faut nommer Richelot [18], Segond [19], Martin [20] (de Greifswald), Jor-

[1] Freund. — Voy. suivante,
[2] Funke. — *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1898, t. XXXIX, n° 3, p. 485.
[3] Peiser. — *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, t. XXXIX, n° 2, p. 259.
[4] Irish. — *Boston med. and surg. journ.*, 1899, numéro de mars.
[5] Clark. — *John Hopkins Hosp. reports.* 1396, numéros de février et mars.
[6] Ries. — *Amer. journal of obs. and Gyn.*, 1897, t. XXXIX, n° 3.
[7] Ricard. — *Congrès de chirurgie*, Paris, 1899.
[8] Reynier. — *Congrès d'Amsterdam*, 1899; *Congrès de chirurgie de Paris*, 1899.
[9] Faure. — *Ibidem.*
[10] Terrier. — *Ibidem.*
[11] Jacobs. — *Ibidem.*
[12] Rouffart. — *Ibidem.*
[13] Wertheim. — *Arch. f. Gyn.*, 1901, t. LXV, n° 1, p. 1.
[14] Kroenig. — *Monats, f. Geb. und Gyn.*, 1902, n° 6.
[15] Mackenrodt. — *Congrès all, de gyn. tenu à Giessen* en 1901.
[16] Doederlein. — *Centr. f. Gyn.*, 1902, n° 26. p. 681.
[17] Rosthorn. — *Congrès de Gynécologie de Giessen*, 1901.
[18] Richelot. — « Chirurgie de l'utérus », 1902, Paris, O. Doin, éditeur.
[19] Segond. — *Congrès de chirurgie de Paris*, 1899 et *Congrès international de Paris*, 1900.
[20] Martin. — *Congrès de Giessen*, 1901.

dan[1] (de Heidelberg), Olshausen[2] (de Berlin), Hofmeier (de Wurzbourg), Dmitri de Ott[3] (de Saint-Péters-bourg). Pour ces chirurgiens, l'ablation des ganglions et l'évidement du tissu cellulaire pelvien sont illusoires, sans aucune utilité pratique. D'abord, les ganglions ne sont pas toujours pris, et le seraient-ils, que pas un chirurgien sincère ne pourrait se vanter de pouvoir les enlever tous. On peut en dire autant du tissu cellulaire pelvien; entreprendre de l'exciser en entier est une tâche au-dessus des forces humaines. Parler de curage complet du pelvis, c'est donc se payer de mots.

Quel parti prendre entre ces opinions extrêmes.

Je pense et je le dis tout d'abord, que les voies vaginale et abdominale ont chacune leurs indications. A mon sens, il ne faut pas être hypnotisé par la terreur ganglionnaire, car j'estime que la mort, en cas de cancer du col utérin, est bien rarement le fait de l'adénopathie. Les malades succombent soit aux hémorragies répétées et à la septicémie chronique qui ne tarde pas à compliquer le cancer, soit, surtout, aux accidents urémiques que détermine la compression des uretères, dans laquelle les ganglions jouent rarement un rôle prépondérant. Je suis donc porté à croire que, si le cancer paraît limité à l'utérus, d'après le toucher vaginal et la palpation bimanuelle, l'hystérectomie vaginale est suffisante. Si, au contraire, le paramètre est tant soit peu infiltré et la mobilité de l'utérus diminuée, la voie sus-pubienne qui permet une dissection plus soigneuse de la zone dangereuse où sont compris les uretères me semble seule recommandable.

On le voit, la question de l'adénopathie est pour moi de second ordre. Cependant c'est elle qui est actuellement la grande préoccupation de beaucoup de gynécologues; c'est parce qu'elle permet la recherche des ganglions atteints que l'hystérectomie abdominale compte, aujourd'hui, un si grand nombre de partisans. Enlever l'utérus sans toucher aux ganglions, c'est, disent-ils, faire une opération incomplète; on ne peut espérer de guérison durable, ou même définitive, qu'autant que tous les tissus susceptibles d'être contaminés par le processus cancéreux ont été largement excisés; l'ablation des ganglions, tributaires du territoire infecté, s'impose dans tous les cas, et d'une manière formelle.

Certes, c'est là une vue théorique séduisante. Mais quelle est la fréquence réelle de cette adénopathie toujours invoquée, et jusqu'à quel point est-elle responsable de la récidive post-opératoire? Sur ce point capital, les auteurs sont loin de s'entendre et de nous fournir des documents probants. Tandis que Winter[4] affirme que les ganglions ne sont presque jamais pris avant l'envahissement des ligaments larges, Mackenrodt, Gussenbauer, Schuchhardt soutiennent que les glandes lymphatiques sont touchées dans la plupart des cas, même lorsque les culs-de-sac vaginaux et les ligaments larges paraissent sains au point de vue clinique.

Dans ses recherches anatomiques, R. Williams[5] les a trouvés infil-

[1] JORDAN. — *Ibidem.*

[2] OLSHAUSEN. — *Congrès all. de chirurgie*, 1901.

[3] D. DE OTT. — *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, t. XII, n° 3, p. 261.

[4] WINTER, MACKENRODT, GUSSENBAUER, SCHUCHHARDT. — Voy. *Ann. de gyn. de Paris*, 1899, numéro de mai.

[5] R. WILLIAMS. — *Brit. gyn. journal*, numéro de janvier.

trés 56 fois sur 78 cas, Jacobs [1] 22 fois sur 23 cas, Ricard [2] 2 fois sur 9 cas.

D'après Peiser [3], qui a comparé ses recherches à celles de Cruveilhier, Russell, Dietrich, etc., les ganglions lympathiques tributaires du col seraient atteints dans 58 % des cas au moment où les malades vont consulter le chirurgien (pour cet auteur; les premiers ganglions envahis sont les hypogastriques et les sacrés latéraux ; puis viennent les ganglions iliaques externes, et, enfin les glandes lombaires).

Si nous en croyons Wertheim [4], dont l'autorité est grande en matière de cancer utérin, l'envahissement des ganglions n'offre aucune régularité.

Il faut mentionner aussi les faits rapportés par Kœnig (de Berne) [5] qui dit n'avoir trouvé les ganglions pris que 2 fois sur 7 hystérectomies pour cancer.

Enfin, dans 26 cas, Doederlein [6] n'a pas trouvé de ganglions 8 fois ; dans 7 cas la présence des ganglions coïncidait avec l'envahissement du parametrium. On voit combien ces résultats sont contradictoires et incertains.

Pour ma part j'estime que le rôle joué par l'engorgement ganglionnaire, dans le mécanisme de la récidive et de la mort, est fort secondaire. D'après ce que j'ai observé, dans la très grande majorité des cas, la repullulation se fait sur place, au niveau ou très près de la cicatrice vaginale dans le tissu cellulaire ou dans la muqueuse.

La question de l'adénopathie n'est donc pas résolue, et jusqu'à nouvel ordre, elle ne saurait entrer en première ligne de compte dans la détermination de la voie à choisir pour l'extirpation du cancer du col utérin. Si je donne à l'heure actuelle, dans les cas un peu avancés, avec légère diminution de la mobilité utérine, la préférence à la voie abdominale sur la voie vaginale, c'est uniquement parce que la laparotomie seule rend alors possible l'extirpation des indurations néoplasiques le long des uretères, de matière à dégager ces conduits, soit au niveau du col de l'utérus, soit même plus loin à la base des ligaments larges.

Mais il existe aussi d'autres indications pour la voie haute ; les voici :

La laparotomie est préférable quand l'opération par le vagin offre des difficultés par suite de l'étroitesse de ce canal et, en particulier, dans les cas d'involution sénile. — La disparition du col par une amputation faite antérieurement ou sa destruction profonde par le néoplasme empêchant toute prise sur lui est encore pour moi une indication de l'hystérectomie abdominale. — J'en dirai autant de l'envahissement particulièrement avancé de la lèvre antérieure et de la paroi antérieure de l'utérus, faisant craindre une infiltration des tissus autour de la partie terminale des uretères, surtout lorsqu'il s'y joint un peu d'oligurie et des troubles stomacaux ou nerveux pouvant être attribués à un début d'urémie chronique par gêne dans l'élimination de l'urine. L'hystérec-

[1] Jacobs. — *Loc. cit.* et *Revue de gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, n° 4, p. 1.

[2] Ricard. — *Loc. ci*

[3] Peiser. — *Loc. cit.*

[4] Wertheim. — *Arch. f. Gyn.*, 1900, T. LXI, n° 3, p. 627.

[5] Kœnig. — *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, 1899, T. II, n° 3.

[6] Doederlein. — *Centr. f. Gyn.*, 1902, n° 26, p. 681.

tomie abdominale seule permet par une dissection attentive, de dégager les uretères des indurations qui les compriment alors. — L'envahissement par l'ulcération des culs-de-sac vaginaux est encore pour moi une indication d'intervenir par l'abdomen ; il est en effet bien plus facile de bien disséquer le vagin de haut en bas que de bas en haut. On peut toutefois s'aider souvent d'une circoncision préliminaire des limites inférieures du mal par le vagin.— La laparotomie est encore préférable quand le corps de l'utérus est assez augmenté de volume pour que son ablation nécessite le morcellement, car on court alors le danger de produire des greffes, et parfois aussi d'infecter largement le champ opératoire par l'ouverture d'une cavité utérine septique. Dans cette catégorie de cas se rangent les cancers compliqués de corps fibreux, de grossesse, de pyométrie, de lésions des annexes (qui sont souvent des pyosalpinx). Je note à cette occasion la possibilité d'une erreur, rare, à la vérité : on pourrait croire à l'immobilisation d'un utérus cancéreux par l'extension du néoplasme, tandis qu'elle est causée par des adhérences péri-salpingiennes inflammatoires ; l'étude clinique attentive peut seule faire éviter cette faute.

L'effroyable mortalité des premières tentatives d'hystérectomie abdominale pour cancer n'est plus qu'un mauvais souvenir. Il suffit de comparer l'ancienne statistique de Kaltenbach (67 à 70 % de mortalité) aux chiffres de l'heure présente pour montrer quels progrès ont été réalisés par une application plus rigoureuse de l'asepsie jointe aux perfectionnements successifs de la technique opératoire.

Toutefois, il s'en faut que l'opération de Freund soit devenue une intervention bénigne. Elle est, sans doute, infiniment moins meurtrière qu'autrefois, et il y a tout lieu d'espérer que son pronostic s'amendera au fur et à mesure qu'on en connaîtra mieux tous les détails ; la statistique de mon service en est une preuve nouvelle, puisque, en cette année (1902), 8 hystérectomies abdominales pour cancer ont donné 8 guérisons. Néanmoins, si l'on prend l'ensemble des opérations publiées récemment, on arrive encore à une forte mortalité. Pour ma part, sur 34 cas d'hystérectomie abdominale pour épithélioma de l'utérus opérés dans mon service depuis environ trois ans (de 1898 à 1902), 8 se sont terminés par la mort, soit une mortalité de 26 %. Les autres chirurgiens ont eu des résultats à peu près semblables. C'est ce qui ressort de la comparaison des statistiques publiées depuis 1898 :

En France : Segond relève 5 cas avec 0 mort ; Legueu, 7 cas avec 4 morts ; Terrier, 15 cas avec 3 morts ; Richelot, 24 cas avec 8 morts ; Reynier, 13 cas avec 4 morts ; Faure, 6 cas avec 1 mort ; Ricard, 9 cas avec 2 morts ; Pantaloni, 8 cas avec 2 morts ; Hartmann, 3 cas avec 0 mort ; Poirier, 5 cas avec 2 morts. Soit un total de 95 cas avec 26 morts, *ou une mortalité de* 33 %.

A l'étranger : Schauta relève 15 cas avec 9 morts ; Kœnig, 8 cas avec 1 mort ; Doederlein, 26 cas avec 6 morts ; Wertheim, 60 cas avec 17 morts ; Küstner, 16 cas avec 4 morts ; Freund, 40 cas avec 15 morts. Soit un total de 165 cas avec 54 morts, *ou une mortalité de près de* 34 %.

D'après une autre statistique, Jonnesco relève 6 cas avec 3 morts ; Veit, 4 cas avec 0 mort ; Léopold, 8 cas avec 7 morts ; Ries, Zweifel, 8 cas avec 7 morts ; Czempin, 3 cas avec 1 mort ; Rosthorn, 28 cas avec 12 morts ; Wisselink, 8 cas avec 1 mort ; Jacobs, 52 cas avec 4 morts ;

Seidelmau, 19 cas avec 10 morts ; Irish, 25 cas avec 3 morts ; Gusserow, 4 cas avec 3 morts. Soit un total de 168 cas avec 52 morts *ou une mortalité de* 30 %.

L'ensemble de ces trois statistiques donne 418 *cas avec* 132 *morts, soit* 31 % *de mortalité.*

Winter a réuni, en 1901, 134 cas opérés en Allemagne avec 33 morts = 24,6 % *de mortalité.*

En 1901, au Congrès de Giessen, ont été publiées des séries plus favorables :

Hofmeier, sur 18 cas, compte 3 morts; Amann, sur 14 cas, 4 morts; Freund, sur 15 cas, 2 morts; soit un total de 47 cas avec 9 morts, *ou* 19 % *de mortalité.*

L'hystérectomie vaginale ne donne pas pareille mortalité, mais il faut aussi reconnaître qu'elle est bien loin d'englober des cas aussi avancés et par conséquent aussi graves que l'hystérectomie abdominale. La comparaison n'est donc pas absolument juste.

De 1890 à 1902, la statistique de mon service comprend 46 cas d'hystérectomie vaginale avec 7 morts, soit 15 %, parmi lesquels 9 cas depuis 1899 avec 9 guérisons.

D'après Winter[1] :

Léopold, sur 122 cas, relève 7 morts; Landau, sur 104 cas, 8 morts; Martin, sur 77 cas, 10 morts; Hofmeier, sur 120 cas, 13 morts; Olshausen, sur 466 cas, 35 morts; soit un total de 969 cas avec 73 morts, *ou* 7,5 % *de mortalité.*

Voici d'autres chiffres récents : Bouilly, sur 183 cas, a 28 morts; Segond, sur 95 cas, 17 morts; Richelot, sur 113 cas, 8 morts; Terrier, sur 12 cas, 2 morts; Schwartz, sur 15 cas, 0 mort; Quénu, sur 12 cas, 0 mort; soit un total de 430 cas avec 55 morts, 12 % *de mortalité.*

D'autre part : D. de Ott, sur 180 cas, a 4 morts; Schauta, sur 241 cas, 25 morts; Zweifel, sur 104 cas, 14 morts; Herzfeld, sur 29 cas, 0 mort; Sänger, sur 23 cas, 1 mort; Janvrin, sur 16 cas, 8 morts; Burkhardt, sur 50 cas, 10 morts; soit un total de 739 cas avec 47 morts, 6,5 % *de mortalité.*

Voici, enfin, quelques chiffres publiés au *Congrès de gynécologie* tenu à *Giessen en* 1901 :

Fritsch relève 395 cas avec 26 morts; Doederlin, 80 cas avec 1 mort; Chrobak, 47 cas avec 2 morts; Amann, 100 cas avec 4 morts; soit un total de 622 cas avec 33 morts, *ou* 5,5 % *de mortalité.*

La première impression qui se dégage de ces faits serait que l'hystérectomie vaginale est deux ou trois fois moins grave que la laparo-hystérectomie, d'où la conclusion qu'il faudrait préférer la première à la seconde. Une telle déduction serait cependant exagérée. En effet, comme je l'ai déjà dit, la plupart des résultats publiés concernent des cancers très avancés dans leur évolution; dans ces conditions le chiffre élevé de la mortalité immédiate n'a rien qui doive surprendre.

Cependant il ne me paraît pas douteux que, toutes choses égales d'ailleurs, l'ablation du cancer de l'utérus à travers la cavité péritonéale (qu'il peut infecter malgré toutes les précautions pré-opératoires et opératoires), demeure une opération plus grave que l'extirpation par le

[1] WINTER. — *Zeit. f. Geb. Gyn.*, 1900, t. XLIII, p. 513.

vagin. D'où la règle de conduite que je me suis imposée : adopter la voie vaginale à moins d'en être éloigné par une des contre-indications, très nombreuses, que j'ai formulées plus haut.

*
* *

Nous ne pouvons guère encore compter sur la cure définitive du cancer utérin, puisqu'on a vu des récidives survenir après six, sept et même huit ans de guérison apparente. Nous ne voulons donc parler que de *survies prolongées*.

Par la *voie vaginale*, de fort belles statistiques (peut-être trop belles pour ne pas laisser quelque place au doute sur l'interprétation histologique des lésions) ont été publiées. Au *Congrès de Paris* de 1900. Dmitri de Ott donnait : 13 de ses opérées comme restées sans récidive pendant 5 ans ; 6, pendant 6 ans ; 3, pendant 7 ans ; 1, pendant 8 ans ; 3, pendant 9 ans ; 4, pendant 10 ans ; 1 pendant 15 ans[1].

Léopold[2] (de Dresde) note que, sur 45 cancers du col opérés par la voie vaginale, 21 sont sans récidive depuis cinq ans.

Landau[3] (de Berlin) déclare que, sur 50 cancers du col opérés par le vagin, 10 sont sans récidive depuis plus de cinq ans.

D'après Fritsch[4] 10 % des opérées restent guéries.

Zweifel[5] (de Leipzig) publie la statistique suivante : 225 hystérectomies vaginales ont donné 15 morts opératoires ; sur 132 opérées revues et examinées, 85 sont en récidive ; 34 sont guéries depuis plus de cinq ans, et, parmi celles-ci, 6 malades sont guéries depuis 5 à 6 ans ; 8 depuis 6 à 7 ans ; 6 depuis 7 à 8 ans ; 12 depuis 8 à 9 ans ; 3 depuis 9 à 10 ; 3 depuis 10 à 11 ; 5 depuis 11 à 12 ; 4 depuis 12 à 13. Enfin, 52 opérées sont sans récidive depuis moins de cinq ans, soit de trois mois à quatre ans.

Winter[6] a relevé que, sur 69 cas d'hystérectomies vaginales pratiquées par différents chirurgiens, et qui n'ont pas eu de repullulation depuis plus de cinq ans : 13 cas sont guéris depuis plus de 5 ans ; 10 depuis plus de 6 ans ; 11 depuis plus de 7 ans ; 9 depuis plus de 8 ans ; 10 depuis plus de 9 ans ; 10 depuis plus de 10 ans ; 4 depuis plus de 11 ans ; 1 depuis plus de 13 ans ; 1 depuis plus de 14 ans.

(Ces opérées appartenaient à une série de 300 hystérectomies vaginales dont : 45 morts opératoires, 14 malades perdues de vue, 11 malades mortes d'autre maladie, 161 récidives, 69 paraissant guéries).

Sur mes 204 opérées de la série hospitalière que j'ai indiquée plus haut, je n'ai eu que deux cas de survies prolongées, l'un qui a duré 6 ans, l'autre qui dure encore, sans récidive depuis près de 10 ans.

Par la *voie abdominale* les résultats obtenus sont encore difficiles à apprécier. L'hystérectomie abdominale pour cancer est une opération encore trop récemment vulgarisée pour qu'il soit possible d'en comparer les effets à ceux de l'hystérectomie vaginale. Ses partisans ont le ferme

[1] D. de Ott. — *Congrès international de Paris*, 1900.
[2] Léopold, cité par Winter. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, t. XLIII, n° 3, p. 522.
[3] Landau. — *Ibidem.*, p. 522.
[4] Fritsch — *Congrès de Giessen*, 1901.
[5] Zweifel, Glockner. — *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. VI, n° 2.
[6] Winter. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn*, 1900, t. XLIII, n° 3, p. 521.

espoir d'obtenir, par son moyen, des guérisons plus nombreuses, ou, tout au moins, des survies beaucoup plus longues que celles que l'on a obtenues jusqu'ici en recourant à la voie basse. *A priori*, cet espoir est très légitime ; mais quelques années sont nécessaires pour savoir s'il est fondé.

En attendant, voici quelques statistiques qu'il est bon de signaler :

Dans une communication faite à la Société allemande de gynécologie en 1901, Winter[1] a présenté les résultats suivants (noter qu'il qualifie de *récidive* le retour du cancer avant douze mois, de *guérison* l'absence de récidive observée au bout de ce terme) : Legueu, 6 cas, 6 récidives ; Jacobs, 32 cas, 10 récidives, 22 guérisons ; Faure, 3 cas, 1 récidive, 1 guérison ; Terrier, 13 cas, 10 récidives ; Quénu, 3 cas, 2 récidives, 1 guérison ; Irish, 10 cas, 5 récidives, 5 guérisons ; Wertheim, 17 cas, 17 guérisons ; Hofmeier, 14 cas, 5 récidives, 9 guérisons ; Léopold, 6 cas, 2 récidives, 3 guérisons ; Bumm, 4 cas, 2 récidives, 2 guérisons.

« Avant de se prononcer, ajoute Winter judicieusement, pour parler de *guérison définitive*, il faut attendre huit ou dix ans. »

Au Congrès de gynécologie tenu à Giessen, en 1901, Freund affirme sa pleine et entière confiance dans les résultats définitifs de la voie abdominale ; il cite comme exemples deux de ses opérées, guéries, sans trace de récidive depuis vingt-trois et dix-sept ans. Au cours du même Congrès. Mackenrodt déclare que 18 opérées sur 39 sont sans récidive depuis trois ans.

C'est assurément une très belle série, mais elle paraît un peu exceptionnelle. En somme, au point de vue de la durée supérieure de la guérison, l'hystérectomie abdominale n'a pas encore fait ses preuves. Elle demeure du moins une précieuse ressource dans les cas nombreux où la voie vaginale est insuffisante.

*
* *

CONCLUSIONS. — 1° Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus ne procure pas de guérisons définitives ; il donne rarement une guérison prolongée au delà de deux ans ; il existe pourtant à titre d'exception, des guérisons prolongées dont la moyenne varie entre quatre et six ans, et quelquefois davantage.

2° Ne sont pas justiciables de l'hystérectomie les cas où le néoplasme a dépassé les limites de l'utérus de manière à diminuer beaucoup sa mobilité et à indurer largement les parties voisines. Un traitement palliatif par le curage et la cautérisation ignée, répété autant qu'il est besoin pour détruire les fongosités, peut alors donner des survies assez longues et est d'une bénignité absolue.

3° Le rôle des ganglions dans les accidents terminaux ou dans la récidive post-opératoire a été exagéré. La compression des uretères (cause prédominante des accidents graves) est rarement due à l'adénopathie, mais bien à la propagation de proche en proche au tissu cellulaire voisin. La récidive a lieu non pas tant par le développement à distance de l'adénite néoplasique que par l'infiltration de la cicatrice qui s'indure et s'ulcère sur place. L'extirpation des ganglions ne peut du reste jamais avoir la prétention d'être complète et ne semble avoir que peu d'in-

[1] WINTER. — *Verh. der deutschen Gesellsch. für Gyn.*, 1901, p. 49.

fluence sur le retour des accidents qui provoquent la mort. La voie abdominale ne saurait donc être universellement indiquée par la nécessité d'enlever les ganglions.

4° L'hystérectomie abdominale est plus grave que l'hystérectomie vaginale, en augmentant les chances d'infection. Elle doit être réservée aux cas spéciaux où la laparotomie donne des facilités particulières.

Ces cas nombreux où la voie haute est préférable sont ceux où l'opération par le vagin offre des difficultés par suite des conditions suivantes : l'étroitesse ou atropie de ce conduit, friabilité extrême ou disparition du col, amincissement considérable de la paroi antérieure de l'utérus ou envahissement étendu des culs-de-sac vaginaux.

La laparotomie est encore préférable quand le corps de l'utérus est assez augmenté de volume pour nécessiter le morcellement par la voie vaginale (cancers volumineux du corps; cancers compliqués de fibromes, de grossesse, de pyométrie ou de pyosalpinx).

Enfin l'hystérectomie abdominale est indiquée toutes les fois que la mobilité de l'utérus est diminuée et qu'il y a une induration dans son voisinage. Seule elle permet bien, en effet, de dépasser en connaissance de cause les limites de l'utérus, de poursuivre une traînée néoplasique et surtout de bien dégager les uretères dans les tissus qui ont perdu leur souplesse (cette dernière indication est à mes yeux la principale).

Plus grave que l'hystérectomie vaginale, elle n'entraîne pas cependant un pronostic opératoire trop sombre; comme toute opération, elle gagne en bénignité au fur et à mesure que se perfectionne la technique, ainsi que le démontrent les plus récentes statistiques.

5° Les grands délabrements produits par l'extirpation du tissu cellulaire pelvien, le curage du bassin, la poursuite élevée de la chaîne ganglionnaire constituent des opérations dont la gravité paraît excessive eu égard au résultat qui peut en être obtenu. Dans les cancers au début une opération plus simple (ablation seule de l'utérus) peut donner d'excellents résultats, et, dans les cas avancés, en présence d'une maladie dont la terminaison certaine est la mort à brève échéance, un traitement palliatif bénin est préférable à un traitement pseudo-curatif dangereux ; l'opération la meilleure est alors celle qui donne le moins de chance de mort immédiate tout en procurant soulagement et survie notables.

6° L'hystérectomie vaginale qui expose moins à l'infection, reste le traitement de choix dans les cas malheureusement trop rares ou l'utérus cancéreux est demeuré mobile, et où les parties voisines sont sans induration (restent encore alors certaines indications pour la voie haute qui ont été spécifiées ci-dessus).

WERTHEIM. — **Traitement du cancer de l'utérus.** (*Congrès de Rome.*)

L'extirpation seule de l'utérus n'amène la guérison totale du cancer de l'utérus que dans un petit nombre de cas. Il faut intervenir d'une manière plus efficace, à savoir, enlever le plus possible du tissu cellulaire qui entoure l'utérus et extirper les ganglions lymphatiques propres de la région.

La meilleure méthode de traitement radical consiste dans la laparotomie. Par cette opération, grâce aux perfectionnements introduits dans

le manuel opératoire, la mortalité a tellement diminué que désormais elle ne peut être invoquée comme un argument contre l'opération.

Le nombre des cas susceptibles d'opération a augmenté d'une manière considérable, depuis que l'on a adopté la méthode abdominale perfectionnée. Les résultats définitifs, à en juger par ceux qui ont été déjà obtenus, seront encore meilleurs dans la suite, et rendront l'opération toujours plus avantageuse.

Tout en adoptant cette opération il faut toujours se rappeler que, dans le cancer de l'utérus il faut avoir recours, le plus tôt possible, au traitement chirurgical.

Pour arriver aux résultats qui lui font poser ces conclusions, M. Wertheim emploie, depuis 1878, la technique suivante :

Incision sur la ligne blanche, de la symphyse à l'ombilic (position déclive, table opératoire de Ihle).

Dissection des uretères dans leur partie pelvienne.

Dissection de la vessie, ligature et section des ligaments ronds et infundibulo-pelvien.

Ligature et section des vaisseaux utérins.

Dissection du rectum.

Nettoyage complet du paramétrium en maintenant soigneusement les uretères et en évitant de les léser.

Pincement du vagin, désormais libéré, au-dessous du cancer, avec une pince courbée, et section du vagin au-dessous de la pince.

Recherche des ganglions (on met à jour la région des grands vaisseaux : hypogastriques, iliaques externes, iliaques internes), et on extirpe tout ganglion tant soit peu augmenté de volume.

Drainage par le vagin au moyen de gaze iodoformée, puis fermeture du péritoine et suture des parois abdominales.

Grâce à cette technique, il a pu opérer 120 cas.

Les résultats opératoires furent une mortalité de 20 pour 100 et de 13 pour 100 si l'on met de côté la première série à cause de sa technique insuffisante. Cette amélioration des résultats provient de : 1° amélioration de la technique (au début, l'opération durait deux heures à deux heures et demie, elle ne dure plus qu'une heure à une heure et demie).

2° De ce que M. Wertheim ne dénude plus complètement l'uretère et lui laisse ainsi des vaisseaux nourriciers, ce qui diminue beaucoup les cas de nécrose.

3° Il lui paraît important de préparer l'utérus, et, malgré l'occlusion localisée par la pince, il fait maintenant au préalable un curetage soigneux et des irrigations au sublimé ; sur les vingt derniers cas opérés de cette manière, il n'a plus eu de décès.

Dans le traitement consécutif, il faut mentionner tout spécialement les soins à donner à la vessie ; grâce à la paralysie presque constante et au cathétérisme que cette dernière occasionne il se forme presque toujours des cystites plus ou moins violentes. Depuis que M. Wertheim a fixé à la paroi vaginale la face postérieure de la vessie, découverte de péritoine, suivant le procédé indiqué par Krönig, et diminué ainsi la capacité vésicale, il a eu beaucoup moins d'inconvénients et a même vu des malades uriner spontanément dès le lendemain de l'opération.

M. Wertheim a opéré, suivant sa méthode, pendant sa première série de 30 cas 29 pour 100, pendant la deuxième 40 pour 100, pendant la

troisième 52,9 pour 100 et pendant la quatrième 50 pour 100 des cas de cancer utérin qui se sont présentés à sa clinique, tandis que, d'après leurs statistiques, Schauta et Chroback n'opèrent; par voie vaginale, qu'environ 15 pour 100 des cas. Certains des cas opérés présentèrent des difficultés toutes spéciales, on dut quelquefois reséquer l'uretère, le rectum, le vagin ; souvent les ganglions étaient entièrement adhérents aux gros vaisseaux.

Il faut également tenir compte de la qualité des cas pour examiner les *résultats éloignés*. Comme le rapporteur demande un délai de cinq ans sans récidive pour conclure à une guérison définitive et que son cas le plus ancien n'a pas tout à fait quatre ans, il ne peut raisonner sur ce sujet que par analogie. Dans sa première série (dont le cas le plus récent date de deux ans et demi), il n'a eu, jusqu'à présent, que trois récidives, soit 77 % de guérisons, tandis que la statistique de Chroback, sur des opérations vaginales ne comprenant que 15 % des cas de cancer, présente 34 récidives sur 77 cas, soit 56 % de guérisons après deux ans.

Les indications opératoires sont très difficiles à préciser et le diagnostic clinique est quelquefois presque impossible. Il faut se garder d'opérer tous les cas et il faut savoir respecter les cancers par trop étendus. Il arrive quelquefois que des cancers paraissant limités se trouvent à l'ouverture de la cavité péritonéale absolument inopérables. En cas de doute, quelle maladie plus que le cancer utérin n'indique-t-elle pas la laparotomie exploratrice !

Pour se rendre compte de certains points peu connus de propagation du cancer, M. Wertheim examina, dans 80 cas, les ganglions et le tissu péri-utérin au moyen de coupes en série (ce qui représente environ 40.000 coupes). Dans ces cas on put constater des cellules cancéreuses 45 fois dans le paramètre, soit 20 fois d'un seul côté et 19 fois des deux. Ces lésions n'étaient pas toujours directement en contact avec l'utérus, 38 fois elles en étaient assez distantes, et dans 11 cas on ne put retrouver la connexion avec la lésion primitive.

Les ganglions situés près des gros vaisseaux furent reconnus 27 fois cancéreux sur ces 80 cas, 23 fois d'un seul côté, 4 fois des deux. Le plus souvent il n'y avait que quelques ganglions de pris, plus rarement des grandes masses. Les lésions du paramètre ne sont pas toujours concordantes avec les lésions ganglionnaires. Dans 22 cas il y avait infiltration du paramètre et rien dans les ganglions; dans 4 cas ce fut l'inverse, ganglions pris et tissu péri-utérin indemne; dans 22 cas les deux étaient atteints et dans 32 cas il n'y avait pas de propagation du tout.

En se basant sur ces recherches histologiques, il faut admettre que dans 48 de ces 80 cas l'extirpation pure et simple de l'utérus, de quelque façon qu'elle eût été faite, n'aurait pas amené l'exérèse complète du carcinome. Cela seul suffit pour justifier sa méthode.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

UTÉRUS

Cerné. — **Utérus cancéreux** avec **pyométrie.** (Soc. de Méd., 21 juillet 1902, in Normandie méd., 15 août 1902.)

Bustillo Lirola. — Un cas de **cancer** total de l'**utérus** et des **ovaires**. (Rev. med. Cubana, 1er septembre 1902.)

Le Roy et *Poiteau.* — **Fibro-myome** œdémateux pédiculé de la **corne utérine** droite. (Journal des Scienc. méd. de Lille, 16 août 1902.)

Grenier de Cardenal. — Un cas de **fibromes** multiples de l'**utérus**. (Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux, 23 juin 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 21 septembre 1902.)

Oui. — **Utérus fibromateux** et **hémorrhagie** de l'**ovaire**. (Soc. cent. de Méd. du dép. du Nord, 10 octobre 1902, in Echo méd. du Nord. 19 octobre 1902.)

Budin. — **Cloisonnement** transversal incomplet du **col** de l'**utérus**. (1 broch. 1902.)

Adenot. — **Tuberculose** primitive de l'**utérus**. Péritonite et lésions tuberculeuses diverses secondaires. (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir., 11 septembre 1902.)

Roche et *Girard.* — **Utérus** didelphe. (Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux, 30 juin 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 28 septembre 1902.)

OVAIRES

Dowden. — **Kyste ovarien** multiloculaire avec pédicule tordu simulant un **abcès** à l'**appendice**. (Scot. Med. and surg. Journal, octobre 1902.)

ANNEXES

Chandelux. — **Hématosalpinx** tordu sur son **pédicule**. (Soc. de chir. de Lyon, 3 juillet 1902: in Rev. de Chir., 10 septembre 1902.)

Lefebvre. — **Kyste** de l'ovaire avec **torsion** du **pédicule**. Opération. (Soc. anat. clin. de Lille, 28 mai 1902, in Journ. des Scienc. méd. de Lille, 16 août 1902.)

Delfosse et *Bonnet-Laborderie.* — **Tumeur** végétante de l'**ovaire**. Ablation. Guérison. (Journ. des Scienc. méd. de Lille, 27 septembre 1902.)

PÉRITOINE

Strohêker. — Les **fibromes** du **ligament large**. 1 vol. in-8° C. Naud. Paris 1902.)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Pichevin. — **Grosesse extra-utérine** récente. (Sem. Gyn., 16 septembre 1902.)

Coyteux Prévost. — Contribution à l'étude de la **grossesse extra-utérine.** (Bull. Méd. de Québec, juillet 1902.)

Legueu. — A propos du diagnostic de la **grossesse extra-utérine** et de l'**appendicite.** (Soc. de chir., 8 octobre 1902, in Bul. méd., 11 octobre 1902.)

Picqué. — **Grossesse ectopique** rompue dans le péritoine. (Soc. de chir. 1er oct. 1902, in Prog. méd., 11 octobre 1902).

Tucker Harrisson. — Remarques sur la **grossesse ectopique**, étudiée spécialement au point de vue du diagnostic et des indications de traitement. (Brit. Med. ass., 29 juillet 1902, in Brit. Med. Journ., 11 octobre 1902.)

ÉTAT GÉNÉRAL — PHYSIOLOGIE

Fitch. — Période de **puberté** et d'**adolescence** chez les jeunes filles (Ann. of. Gyn. and ped., août 1902.)

THÉRAPEUTIQUE — CHIRURGIE

Balacescu. — Pathogénie et traitement des **kystes** du **vagin.** (Rev. de chir. de Bucarest, septembre 1902.)

Piaseski. — Traitement de la **vulvo-vaginite** infantile. (Presa med. Rom., 1er septembre 1902.)

Pichevin. — Traitement de l'**endométrite blennorrhagique** par les **injections** intra-utérines **picriquées.** (Sem. gyn., 2 septembre 1902.)

Dumoret. — **Laparo-hystéropexie** contre le **prolapsus** utérin. (1 vol., Paris. 1902.)

Cordaro. — Nouvelle méthode d'**amputation** du **col** dans les cas d'**anteflexion** congénitale de l'**utérus.** (Rassegna d'ost. e gin., septembre 1902.)

Le Fort. — **Ablation** du **col utérin.** (Soc. cent. de Méd. du dép. du Nord, 10 octobre 1902, in Echo méd. du Nord, 19 octobre 1902.)

Duret. — **Fibrome** utérin. Ablation. (Soc. anat. clin. de Lille, 28 mai 1902, in Journ. des Scienc. méd. de Lille, 16 août 1902.)

Laquerrière. — Comment il faut entendre les contre-indications au **traitement électrique** des **fibro-myomes utérins.** (Cong. de Berne, Berne, 6 septembre 1902, in Arch. d'électricité méd., 15 septembre 1902.)

Spencer. — **Hystérectomie** abdominale totale particulièrement par la méthode de Doyen, pour **fibromyome utérin.** (Brit. med. assoc., 29 juillet 1902, in Brit. med. Journ., 11 octobre 1902.)

Freund. — Du traitement chirurgical du **cancer** de l'**utérus.** (Cong. de Rome, 15-21 septembre 1902, in Sem. gyn., 14 octobre 1902.)

Pichevin. — **Hémorragies** utérines et **cautérisation** intra-utérine. (Sem. gyn , 2 septembre 1902.)

Berry Hart. — Discussion sur le traitement opératoire du **prolapsus utérin.** (Brit. med. ass. 29 juillet 1902 in Brit. med. Journ., 11 octobre 1902.)

Beverly Campbell. — Conservation de l'**utérus** dans les **inflammations pelviennes.** (Missouri state assoc., 20 juin 1902, in Ann. of gyn. and Ped., octobre 1902.)

Stremmel. — De l'**hystérectomie vaginale.** (Annals of. gyn. and ped. août 1902.)

Pichevin. — L'**hystérectomie** dans le cours de l'**infection puerpérale.** (Cong. de Gyn. de Rome, 15-21 septembre 1902 in Sem. Gyn. 23 septembre 1902.)

Treub. — L'**hystérectomie** dans le traitement de l'**infection puerpérale.** (Cong. de Gyn. 15-21 septembre 1902, in Sem. Gyn. 23 septembre 1902.)

Léopold. — L'**hystérectomie** dans le traitement de l'**infection puerpérale.** (Cong. de Gyn. de Rome, 15-21 septembre 1902 in Sem. Gyn. 23 septembre 1902.)

Tuffier. — Des indications de l'**hystérectomie** dans l'**infection puerpérale.** (Cong. de Gyn. de Rome, 15-21 septembre 1902, in Sem. Gyn. 7 octobre 1902.)

Fehling. — De l'**hystérectomie** dans le traitement de l'**infection puerpérale.** (Cong. de Gyn. de Rome, 15-21 septembre 1902, in Sem. Gyn. 7 octobre 1902.)

Villar. — Traitement des **annexites.** Indications de l'intervention chirurgicale et choix du procédé opératoire. (Journ. de Méd. de Bordeaux, 5 octobre 1902.)

Whitelocke. — Un cas de **dysménorrhée** intermenstruelle guérie par des **oophorectomies** successives. (Brit. med. ass., 29 juillet 1902, in Brit. med. Journ., 11 octobre 1902.

Ill. — Causes et traitement de la **stérilité** chez les femmes. (New Jersey State Med. soc., 26 juin 1902, in Ann. of. Gyn. and ped., octobre 1902.)

Coplin Stimson. — L'**extrait thyroïdien** en **gynécologie.** (San Francisco clin. soc., juillet 1902, in Merck's Arch., août 1902.)

Laquerrière. — Affections **périutérines** et **électricité.** Cong. de Berne, 6 septembre 1902, in Arch. d'électricité méd. 15 septembre 1902.)

Pichevin. — De l'**hémostase** au cours des opérations gynécologiques par la **voie sus-pubienne.** (Sem. Gyn. 19 août 1902.)

Hurtado. — Statistique des opérations effectuées dans le service de **gynécologie** de l'hôp. St-André, Mexico. (in Cron. med. mexicana, 1er octobre 1902.)

NOUVELLES

Quatrième congrès périodique international de Gynécologie et d'obstétrique,

Tenu à Rome du 15 *au* 21 *septembre* 1903.

Lundi s'est ouvert à Rome le quatrième Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique sous le patronage de Sa Majesté le roi d'Italie. La séance solennelle d'ouverture a eu lieu au Capitole selon l'usage. Le Comité d'organisation s'est transformé en Bureau du Congrès : M. Pasquali, de Rome, président; M. Morisani, de Naples, président de la section d'obstétrique; M. Mangiagalli, de Pavie, président de la section de gynécologie; M. Pestalozza, de Florence, secrétaire général; M. Regnoli, de Rome, secrétaire général adjoint; MM. Caruso et Ross-Doria, secrétaires; M. Micheli, trésorier.

La plupart des gouvernements étrangers sont officiellement représentés : la France, par MM. les professeurs Pinard et Pozzi; l'Autriche, par M. le professeur Chrobak, de Vienne; la Russie, par le professeur Rein, de Saint-Pétersbourg; l'Espagne, par le professeur de Castillo de Pineyro, de Madrid, le professeur Bonnet y Amico, de Barcelone; le professeur Chacou, de Madrid; la Belgique, par le professeur Henrotay, d'Anvers; la Hollande, par les professeurs Treub, d'Amsterdam, et Veit, de Leyde; la Suisse, par le professeur Seutzer, de Genève; la Grèce, par le professeur Balanos, d'Athènes; la Roumanie, par les professeurs Jonnesco et Severeanu, de Bucarest; la Bulgarie, par le professeur Slavtcheff, de Sofia.

Différentes sociétés scientifiques italiennes et étrangères ont envoyé un représentant officiel. Ainsi, la Société poméranienne d'obstétrique et de gynécologie est représentée par le professeur Martin et le professeur Heinsius, de Greifswald; la Société allemande de gynécologie, par le professeur Hofmeier, de Wurtzbourg; la Société américaine d'obstétrique et de gynécologie, par le professeur George Engelmann, de Boston; la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, par le professeur Boursier et M. Chaleix Vivie.

Sont encore représentés la Société obstétricale de Paris, la Société d'obstétrique et de gynécologie de Vienne, la Société néerlandaise d'Amsterdam, la section gynécologique de la Société de médecine de Budapest, la Société d'obstétrique et de gynécologie de Cologne, la Société de gynécologie de Dresde, la Société d'obstétrique et de gynécologie de Pétersbourg, l'Académie impériale militaire de Pétersbourg, l'Ordre des médecins de la Bosnie, la Société lancisienne des hôpitaux de Rome, la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bologne, la Société toscane d'obstétrique et de gynécologie.

Les membres participants du Congrès de Rome, inscrits au 10 septembre, étaient au nombre de 450.

Ce chiffre de congressistes est le plus fort qui ait été atteint, et, s'il faut reporter en partie ce succès à l'attrait qu'offre toujours la ville éternelle, il est juste cependant de reconnaitre que l'effort constant et soutenu donné par le Comité italien d'organisation a assuré cette parfaite réussite.

Rappelons pour mémoire que le Congrès de Genève (1890) comptait au moment de son ouverture 316 inscrits et celui d'Amsterdam (1899) 255.

Toutes les nations d'Europe sont représentées. L'Italie, naturellement, compte le plus grand nombre de membres, soit 212.

Au premier rang, parmi les nations étrangères, — et l'on peut reporter en partie, et sans fausse modestie, ce succès à la large publicité qu'a donnée depuis trois mois la *Presse Médicale*, — le chiffre des Congressistes français inscrits est de 57.

Vient au second rang l'Allemagne avec 46 membres, puis l'Autriche compte 20 membres, l'Espagne 19, la Roumanie 22, la Hongrie 24, l'Angleterre 7, la Russie 10, les États-Unis 20, la Belgique 24, la Suisse 8, etc.

Le Propriétaire-Gérant : O. Doin.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LA GYNÉCOLOGIE

DÉCEMBRE 1902

MÉMOIRES

PROLAPSUS ET DÉCHIRURE

Par L. Gustave RICHELOT.

Tout récemment, Pierre Delbet a fait part à la Société de chirurgie d'un procédé opératoire destiné à combattre la procidence des parois vaginales.

Je lui ferai d'abord une querelle de mots. En l'entendant parler, je me suis demandé, pendant quelques minutes, quel était l'objet de sa communication. Il nous avait annoncé une « périnéorraphie par interposition », et le mot déchirure périnéale était prononcé plus d'une fois ; puis il était question de « prolapsus » et le mot prolapsus revenait à son tour, si bien que j'avais peine à comprendre. En fin de compte, c'était bien la chute des parois que visait l'opération décrite, bien que l'auteur nous déclarât qu'il avait en vue les ruptures incomplètes du périnée, et que son procédé convenait aussi bien aux ruptures complètes.

Cette confusion dans les termes, Delbet n'en est pas seul responsable. Les traités de gynécologie en donnent l'exemple, et j'imagine que tout chirurgien encore jeune doit passer, en les lisant, par la phase de cruelle incertitude où j'ai passé moi-même, avant d'avoir pu débrouiller par une observation attentive le chaos des descriptions cliniques et des procédés opératoires. Je

ne connais qu'un livre — le mien — qui mette le lecteur en garde contre les malentendus créés, dans cette question, par des définitions inexactes.

Que voyons-nous, en réalité ? D'une part, la *déchirure*, accident obstétrical, intéressant tout ou partie du corps périnéal, de cet étage inférieur du plancher pelvien qui est le vrai périnée des accoucheurs et des chirurgiens ; elle le divise sur la ligne médiane et en fait deux surfaces triangulaires séparées par un large espace. Chez beaucoup de femmes, les choses en restent là : déchirure incomplète sans importance, ou déchirure complète créant une véritable infirmité. Mais de prolapsus, il n'y a pas trace ; la paroi vaginale, pourvue de sa tonicité, reste en place et ne songe pas à descendre. Tout au plus voit-on la colonne postérieure du vagin faire une saillie légère au-dessus de l'espace béant, sans que la femme en ait conscience. Il est habituel, en somme, de voir la déchirure la plus ancienne ne rien ou presque rien changer à l'attitude des parois vaginales ; nombre de femmes ont et conservent une *déchirure sans prolapsus*.

D'autre part, nous voyons la chute du vagin survenir chez des femmes qui n'ont même pas accouché. Des jeunes filles vierges peuvent avoir leur utérus entre les jambes ; j'ai observé la procidence à quatorze, à seize, à dix-huit, à dix-neuf ans ; entre vingt-trois et trente ans, sans surmenage de la région pelvienne, les cas sont assez nombreux. Les distensions produites par la grossesse et l'accouchement peuvent en être le prétexte et la cause déterminante, mais elles n'agissent que chez des femmes prédisposées. Ce relâchement des tissus fibreux, des parois musculaires, cet effondrement primitif et spontané du plancher périnéal sont le résultat d'un trouble de nutrition — le neuro-arthritisme — sans lequel les lésions mécaniques ne sont rien. Donc, beaucoup de femmes ont un *prolapsus sans déchirure*.

Sans doute, une vulve élargie, un périnée aminci par une déchirure ancienne sont des conditions favorables à la descente du vagin, et il est difficile de nier que l'effondrement traumatique de la région soit, chez les femmes prédisposées, un grand pas vers son effondrement physiologique. Aussi voit-on coïncider prolapsus et déchirure ancienne, déchirure incomplète le plus souvent, car les complètes sont assez gênantes pour que les femmes se fassent opérer de bonne heure, avant la chute.

Direz-vous que, tout au moins dans ces coïncidences, il est indifférent d'employer l'un ou l'autre terme ? Non, car dans ces cas la déchirure n'est rien, elle n'a pas plus de valeur qu'un relâ-

chement périnéal ayant précédé la chute totale des parois ; il s'agit, en réalité, d'une procidence vaginale, c'est contre elle qu'il faut diriger nos efforts, toute intervention limitée à l'étage inférieur du plancher pelvien serait illusoire.

C'est, en effet, pour mieux juger des méthodes opératoires que je demande un peu de clarté dans la terminologie. Quand on a sous les yeux les deux ailes triangulaires d'une déchirure complète, il s'agit, non de soutenir ou d'accrocher une paroi exubérante, non d'enlever de l'étoffe pour rétrécir un conduit, mais tout simplement d'amener au contact et de souder efficacement des surfaces divisées. On n'a que faire, alors, de fouiller jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Si la déchirure est incomplète, en admettant qu'elle vaille la peine d'être opérée ou qu'on veuille prévenir la descente ultérieure de la paroi, on peut faire un avivement simple au bistouri ou bien procéder par dédoublement, tracer une incision courbe à la limite qui sépare la déchirure de la peau, disséquer et poursuivre le décollement jusqu'à la limite supérieure de la fente périnéale. réséquer le lambeau, suturer les surfaces. Là encore, il est inutile de faire une opération complexe et d'aller vers la paroi postérieure du vagin pour y enlever de l'étoffe ou pour toute autre manœuvre. Et c'est ainsi qu'aux simples déchirures convient la périnéorraphie proprement dite.

S'agit-il, au contraire, d'un prolapsus vaginal, la suture simple du périnée ne peut suffire. Elle est, pour la paroi exubérante, une barrière provisoire, un soutien précaire, et ne peut l'empêcher longtemps de sauter par-dessus bord et de reproduire l'infirmité. Aussi l'ancien procédé de Doléris « contre le prolapsus », qui dédouble comme je viens de le dire, sans dépasser les limites de la déchirure, et qui, au lieu de réséquer le lambeau obtenu par décollement, l'attire en bas, le rabat et le fixe à la suture périnéale, ce procédé qui refait le périnée et relève la commissure, mais qui abaisse en même temps la paroi au lieu de la remonter ou de la rétrécir, n'est-il en aucune manière un traitement du prolapsus confirmé. Celui-ci exige une intervention portant haut sur la paroi vaginale, c'est-à-dire une colpo-périnéorraphie. Seulement, il faut bien dire qu'en présence des chutes simplement menaçantes et à peine commencées, le chirurgien qui entreprend une opération limitée peut toujours empiéter sur cette paroi, prolonger le décollement, allonger le lambeau, en un mot, passer par une transition insensible de la suture du périnée à la colpo-périnéorraphie. Et c'est, apparemment, parce qu'il n'y a pas toujours de limite bien tranchée

entre la déchirure simple et la déchirure compliquée de prolapsus, que les auteurs ont tant varié leurs procédés et qu'il règne dans ces descriptions ardues une véritable confusion.

C'est pour la même raison qu'on emploie souvent des termes impropres. Ainsi, P. Duval et R. Proust décrivent, dans la *Presse médicale* du 22 novembre 1902, leur manière de suturer les releveurs sur la ligne médiane et d'accrocher la paroi vaginale sur ce raphé musculaire artificiel; l'opération est plus étudiée, plus savante que celle de Delbet; la région tout entière est disséquée, non par le bistouri d'un chirurgien, mais par le scalpel d'un anatomiste; puis ces manœuvres compliquées prennent le nom de périnéorraphie, comme si les auteurs voulaient entendre que le périnée est tout l'espace compris entre l'aponévrose pelvienne supérieure et la peau. Oui, pour les anatomistes; mais non pour les chirurgiens. En réalité, Duval et Proust font une laborieuse colpopexie. Il faut d'autres mots pour désigner un simple rapprochement de surfaces divisées, d'autres mots pour une intervention qui monte à travers la région pelvienne jusqu'au voisinage du péritoine.

Cela dit, j'arrive à l'examen du procédé de Pierre Delbet. J'ignore, bien entendu, la question de priorité; je crois que Delbet a suturé les releveurs avant Duval et Proust, mais ces derniers ne font pas la même suture que lui; Ricard, de son côté, agit différemment et fait, je crois, la manœuvre courante et nécessaire dans toute bonne colporraphie, en prenant largement les tissus musculaires et fibreux sur les côtés du rectum et au devant de lui, afin de reconstituer un massif périnéal sans espaces morts.

Quoi qu'il en soit, Delbet procède par dédoublement, traverse d'abord quelques tissus fibreux résistants — la bandelette recto-vaginale de Duval et Proust — et pénètre dans l'espace lamelleux, dans la zone décollable située plus haut. Il remonte ainsi jusqu'à sentir le col utérin à travers la paroi vaginale. Cette manière de séparer le vagin du rectum jusqu'au voisinage du cul-de-sac de Douglas est pour moi la meilleure façon de commencer la colpo-périnéorraphie, c'est-à-dire l'opération qui consiste à réséquer un large lambeau comprenant toute l'épaisseur de la paroi exubérante au lieu d'aviver simplement sa muqueuse, à enlever l'étoffe en excès et à rétrécir le cylindre vaginal, pour triompher de sa tendance au relâchement. Elle m'a été inspirée, il y a de longues années, par le procédé de Doléris mentionné plus haut; elle en était la continuation et le perfectionnement. Seulement,

Delbet n'en fait pas le premier temps d'une résection et d'une colporraphie; il n'a d'autre but que d'aller à la recherche des releveurs et de les suturer entre eux sur la ligne médiane, pour en faire une sangle qui soutienne la paroi vaginale. Cette paroi, il ne s'en inquiète plus, il lui laisse sa laxité et son exubérance. Il lui arrive cependant, quand « elle se plisse et se godronne », d'en enlever un lambeau transversal; mais c'est pour la forme, c'est pour mieux affronter la muqueuse à la peau. Il n'a pas l'idée de rétrécir le conduit pour l'empêcher de se dérouler à



Fig. 1. — Colpo-périnéorrhaphie. — Premier temps : Incision cutanée. (L.-G. Richelot, *Chirurgie de l'utérus*, O. Doin, 1902.)

l'extérieur, et la preuve, c'est qu'il fait un lambeau transversal. Il proteste même contre un lambeau dont le grand axe irait de la vulve au col utérin et qui donnerait un rétrécissement vaginal et un affrontement parfait, et cela, parce qu'une ligne de suture longitudinale permettrait aux sécrétions utérines de s'infiltrer dans le périnée. Une résection dans ce sens lui paraît déplorable, et il n'en fait jamais. Alors, à quoi pensent les chirurgiens qui emploient le procédé de Hégar, par exemple, et cousent le vagin de haut en bas, et prétendent que rien n'est plus facile que d'obtenir une réunion parfaite, que jamais il n'y a de suppuration ni d'échec de la suture? Mais surtout, que vaudra la sangle musculaire pour empêcher le déroulement de la paroi vaginale?

Duval et Proust assurent peut-être un peu mieux l'avenir. Ils respectent, comme Delbet, l'exubérance de la paroi, c'est-à-dire l'élément principal de la récidive; mais la suture intéresse à la

fois les releveurs et la paroi, celle-ci est accrochée méthodiquement au raphé musculaire ; ils font donc un peu plus, ils font une colpopexie. Je n'ai pas confiance dans les « pexies » en général pour lutter contre le prolapsus; j'ai longuement discuté la valeur des moyens de suspension, par l'utérus ou par ses ligaments, et montré que ces moyens sont excellents pour redresser l'axe utérin et corriger les versions, mais absolument insuffisants pour empêcher la procidence ; et j'ai cité, entre autres exemples, un cas de la pratique de Delbet, où l'utérus rétrodévié avait été fixé à la paroi abdominale et très bien fixé, car il y tenait encore quand j'ai opéré la malade pour le prolapsus dont elle se plaignait, et dont une colporraphie l'a guérie complètement. Je ne crois pas qu'une suspension aux muscles pelviens ait plus d'efficacité qu'une pexie abdominale. Myorraphie simple ou colpo-myorraphie, la suspension vaudra ce que valent les releveurs, c'est-à-dire qu'elle vaudra peu chez les femmes à grands relâchements.

Les meilleurs raisonnements, je le sais, ne sauraient prévaloir contre les faits, et je m'incline d'avance devant tout procédé qui réussit. Les malades de Delbet sont-elles guéries? Nous en avons vu quatre : une d'elles est en bon état depuis quinze mois, c'est déjà bien sans être absolument définitif; les trois autres n'ont encore que sept, six et quatre mois, c'est insuffisant. Delbet en a-t-il opéré d'autres, et dans quelles conditions? cas simples ou difficiles, grands ou petits relâchements? Il y en au moins une chez laquelle « le résultat éloigné fut médiocre », bien que le résultat immédiat parût excellent. L'auteur nous dit bien que le catgut s'est résorbé trop vite, et que, pour ce motif, il se sert quelquefois du fil d'argent. Je ne ferai pas ici la critique trop facile du fil d'argent employé dans une suture perdue et dans cette région ; mais je tiens à dire que le catgut ne se résorbe jamais trop vite et qu'un fil plus dur n'a pas plus de valeur. Entendons-nous bien : il ne s'agit pas ici des fractures de la rotule, où on peut admettre que des fragments mal joints sont contenus mécaniquement et indéfiniment par un fil métallique, pourvu qu'il ne casse pas; et cela parce que le fil s'appuie sur un os. Il s'agit des parties molles; en pareil cas, la résistance du catgut va toujours au delà du temps nécessaire pour la réunion primitive ; si la réunion manque — tension trop forte ou asepsie imparfaite — ce n'est pas le fil d'argent ou tout autre qui peut sauver la situation, car il coupe les tissus et leur permet de se désunir. J'incline donc à voir, chez la malade en question, non

pas un échec de la suture, mais un relâchement ultérieur, une récidive. Jusqu'à plus ample informé, nous attendrons.

Aussi bien, quels que soient les résultats futurs des procédés qu'on nous offre, une considération m'a porté à prendre la parole. J'estime qu'il faut, dans nos méthodes opératoires, chercher toujours la simplicité, cette simplicité à laquelle on n'arrive, en général, qu'après de longs détours. Il est, pour la cure radicale des hernies, un procédé de Bassini adopté par d'éminents chirurgiens; il dissèque la région et la reconstitue en cousant fibre à fibre chaque faisceau musculaire ou tendineux connu des anato-



Fig. 2. — Deuxième temps : Dédoublement de la cloison recto-vaginale.

mistes; il est d'ailleurs excellent, mais il ne vaut pas mieux que celui de Championnière, qui ramasse les tissus et les ficelle sans demander comment ils se nomment. Que dire aux éminents chirurgiens, si ce n'est qu'ils se battent les flancs — passez-moi l'expression – pour ne pas mieux réussir que s'ils opéraient moins savamment? Et la suture abdominale après les laparotomies, quelles élucubrations n'a-t-elle pas suscitées? quelles dissertations sur la fermeture à un seul ou à plusieurs étages, la nature des fils et leur disposition! combien de coupes histologiques démontrant je ne sais quoi, et de voluumineux rapports dans les Congrès internationaux! Si nous consultons non plus les auteurs, mais l'expérience, elle nous dit que la meilleure suture est celle qu'on fait n'importe comment, pourvu qu'elle ne suppure pas.

Revenons à la colporraphie. J'ai dit que, depuis de longues

années, je fais le dédoublement de la cloison jusqu'au niveau du col utérin, pour libérer toute l'épaisseur de la paroi vaginale. Or, je n'ai jamais eu l'idée de baptiser les tissus que je traverse, et j'ignore les releveurs. Mais j'enlève de la paroi un lambeau suffisant, vaguement triangulaire, en m'inspirant du procédé de Hégar; je n'ai cure de sa régularité, non plus que de la symétrie parfaite de mes points de suture; je fais de haut en bas un surjet simple au catgut, sans m'inquiéter si les lèvres de la plaie se retournent un peu et ne s'affrontent pas avec précision, mais en ayant bien soin de charger tous les tissus à droite, à gauche et



Fig. 3. — Troisième temps : Taille du lambeau.

au-devant du rectum — il est probable, il est certain que je prends les releveurs — pour en faire une masse épaisse, un corps périnéal nouveau sans espaces morts. Puis j'oublie mes fils, qui disparaissent tout seuls quand la réunion est faite, et la réunion ne manque jamais. Donc, j'opère très simplement, sans aucune recherche ; mais cette exécution facile, expéditive, je la mets au service d'un principe directeur : enlever de l'étoffe et rétrécir. Même chez les femmes dont « les passions ne sont pas aussi flétries que la peau », il faut enlever beaucoup d'étoffe, si bien que le rétrécissement paraisse d'abord excessif ; il cédera toujours assez. Il faut que la paroi vaginale postérieure, à mesure que les points de suture la reconstituent, monte au-devant de la paroi antérieure ; que les derniers points aient quelque peine à rapprocher les bords de l'avivement, et ne puissent le faire qu'en relevant très haut la commissure. Mieux vaut, en somme, réséquer la partie exubérante et rétrécir le conduit, que de s'ingénier

à suspendre ou à soutenir une paroi lâche et qui se déroule obstinément.

En procédant ainsi, j'ai pu donner au Congrès de chirurgie, en 1896, une statistique avec 10 % de récidives, mais de récidives facilement et définitivement guéries par une colporraphie secondaire. Depuis cette époque, je n'en ai vu aucune, sans doute parce que j'ai suivi, avec plus de conviction encore que dans les premières années de ma pratique, le principe directeur dont j'ai parlé. Deux fois seulement, j'ai dû refréner, par une colporraphie antérieure, une cystocèle que j'avais négligée lors de la pre-

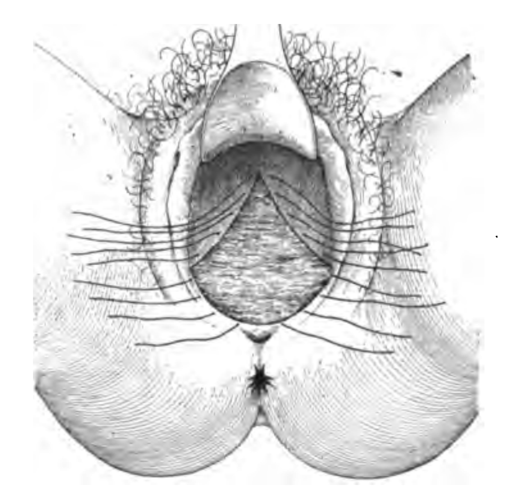


Fig. 4. — Quatrième temps : Suture.

mière opération et qui restait ou devenait gênante. Je déclare, néanmoins, qu'il est très souvent inutile, sauf dans les cas de procidence vésicale excessive, de faire une colporraphie antérieure ; la colpo-périnéorraphie, en tirant en arrière les parties latérales du vagin, bride et contient la cystocèle. On voit, longtemps après, au-devant d'un périnée très élevé et d'une paroi postérieure solide et plutôt concave, une paroi vésico-vaginale légèrement bombée, n'ayant nulle tendance à descendre davantage et ne produisant aucune gêne.

Tels sont les résultats sur lesquels s'appuie la critique à laquelle je viens de me livrer, et qui, tout en visant l'opération décrite par Pierre Delbet, n'a nullement pour but de nier toute raison d'être à un procédé dont les résultats nous sont jusqu'ici mal connus, encore moins de chercher noise à un chirurgien de sa valeur,

mais qui voudrait avoir une portée plus générale. J'ai dit, en résumé, qu'on a tort d'employer improprement les mots prolapsus et déchirure du périnée, parce que cette négligence dans les termes implique une connaissance imparfaite de la pathogénie et entraîne une confusion regrettable dans la thérapeutique. J'ai dit que, dans la procidence, toute méthode qui laisse le tissu en excès et n'a pas pour principe de rétrécir le cylindre vaginal, donne des résultats précaires; que les procédés de suspension, hystéro, trachélo ou colpopexies variées, sont insuffisants quand on les emploie seuls, et que je n'ai pas plus de confiance *a priori* dans les muscles releveurs que dans les ligaments larges; que la colporraphie, au contraire, bien comprise et bien faite, est l'opération suffisante et qui réussit toujours. Je dis enfin, pour terminer, que, dans l'étude des opérations réparatrices portant sur l'appareil génital, il faut se garder des illusions de la technique individuelle et des procédés d'auteurs, attendu que les inventions les plus ingénieuses, les raffinements les plus précieux ne valent pas de voir juste ce qu'il faut faire et de l'exécuter simplement.

LES LYMPHANGITES PÉRI-UTÉRINES

Par MM. Armand Siredey,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine,

et Emile Coudert,

Interne des hôpitaux.

I

HISTORIQUE

Le siège et la nature exacte des inflammations péri-utérines ont provoqué de tout temps d'assez vives discussions.

Vers le milieu du XIX[e] siècle, on distinguait assez mal l'utérus des exsudats et des tumeurs situés dans son voisinage. Duparcque, Becquerel, Lisfranc, se contentaient d'invoquer l'*engorgement* qui résumait à lui seul toute la pathologie génitale, depuis la simple congestion jusqu'au cancer.

Velpeau faisait jouer un rôle prépondérant aux *déviations* de la matrice; il croyait retrouver dans les tumeurs avoisinant l'utérus, le fond de cet organe en *rétroflexion*, en *latéroflexion*, etc.

Nonat commença un essai de localisation : cet auteur considérait comme un *phlegmon péri-utérin* toute tuméfaction douloureuse observée au voisinage de l'utérus.

Avec Bernutz et Goupil, la *pelvi-péritonite* supplanta le *phlegmon péri-utérin*, et domina, pendant plus de vingt ans, toute la pathologie pelvienne.

Enfin, à partir de 1872, Lawson Tait commença sa longue série de laparotomies, et enleva systématiquement les annexes malades. Les chirurgiens qui le suivirent dans cette voie constatèrent, comme lui, la fréquence des suppurations des trompes et des ovaires. Désormais la *salpingite*, la *salpingo-ovarite* passèrent au premier plan, qu'elles occupent encore aujourd'hui.

Certains auteurs n'accordèrent plus qu'une très petite place à la pelvi-péritonite ou au phlegmon péri-utérin, quelques-uns même affectèrent de les oublier systématiquement.

Cependant une dénomination plus récente tend à se substituer presque partout à celle de *salpingite*, c'est celle d'*annexite* dont le caractère vague, indécis, témoigne de la difficulté que l'on éprouve à discerner la localisation précise des altérations observées au voisinage de l'utérus.

Évidemment, pour qui a vu, au cours des laparatomies, la mutiplicité et la diffusion des lésions intéressant à la fois la trompe, les ovaires, le tissu cellulaire et le péritoine, ce diagnostic clinique, vague et incertain trouve son excuse. Tant il est vrai, que, dans certains cas, il est difficile au chirurgien qui opère de reconnaître le siège exact et la nature des lésions qu'il a sous les yeux et sous la main. Mais ces cas ne sont pas d'observation courante. Le plus souvent, il est possible d'indiquer la localisation initiale, ainsi que les déterminations secondaires de la maladie, et il s'en faut que ce soit constamment la trompe qui se trouve en cause.

En réalité, chacune des théories successives du phlegmon, de la pelvi-péritonite et de la salpingite contient sa part de vérité. Le tort des gynécologues qui les ont successivement adoptées, a été de se montrer trop exclusifs et de vouloir rapporter à une lésion unique toute la pathologie pelvienne. « Leur exagération seule est vicieuse. Le *phlegmon* de Nonat existe, la *pelvi-péritonite* existe, les salpingites existent. Si l'on peut encore discuter sur la fréquence relative de ces affections, il n'est plus permis de les nier, chacune d'elles a droit à une place spéciale dans la nosologie [1] ».

Toutes ces affections d'ailleurs ne se distinguent pas seulement les unes des autres par les localisations spéciales du processus infectieux, mais par la marche qu'il a suivie pour envahir les organes profonds.

Les inflammations péri-utérines ont toutes pour point de départ la muqueuse du corps ou du col utérin. Les microbes pathogènes qui ont pénétré dans la cavité utérine trouvent, dans le mucus alcalin qu'elle renferme et dans l'épithélium cylindrique qui la recouvre, des circonstances très favorables à leur développement; puis, sous l'influence de causes occasionnelles que nous ne connaissons que fort imparfaitement, ils s'étendent aux organes voisins, *par continuité*, en gagnant de proche en proche la cavité de la trompe qu'ils suivent jusqu'à son pavillon, et c'est là leur mode de progression le plus habituel.

Mais, dans d'autres cas, partis d'un point quelconque de la

[1] P. Delbet. *Traité des suppurations pelviennes.*

muqueuse utérine ou cervicale, sans s'étendre à toute sa surface, ils pénètrent dans les espaces lymphatiques sous-muqueux, pour envahir les réseaux juxta-utérins, et se disséminer, par leur intermédiaire, dans l'épaisseur du ligament large, dans le tissu cellulaire péri-utérin, ou dans le péritoine pelvien.

II

LYMPHATIQUES UTÉRINS ET LYMPHANGITE UTÉRINE

La théorie de la propagation par voie muqueuse est de date relativement récente. Elle est en quelque sorte contemporaine de la notion de salpingo-ovarite, et a été nettement affirmée dans une discussion portant sur la pathogénie des lésions annexielles, qui eut lieu à la Société de Chirurgie en 1888. On admet d'une façon à peu près générale aujourd'hui, au moins en ce qui concerne la trompe, que la lésion inflammatoire développée primitivement dans l'utérus, s'étend par poussées irrégulières, envahit toute la muqueuse utérine. Elle franchit l'*ostium uterinum*, et atteint la muqueuse de la trompe qu'elle dépasse souvent pour aller gagner l'ovaire et le péritoine (Montprofit). (*Thèse de Paris*, 1888).

La théorie de l'infection par les lymphatiques est beaucoup plus ancienne et les vieux auteurs, Cruveilhier, par exemple, en étaient des partisans convaincus. Cela s'explique facilement, puisque, autrefois, toute la pathologie des lésions annexielles se réduisait aux inflammations du péritoine et du tissu cellulaire pelvien. Les travaux de Nonat [1], de Duplay [2], de Piotay [3], d'Otto Spiegelberg [4], la thèse de Mégrat [5] font jouer un rôle capital à la lymphangite, dans les suppurations du petit bassin. Guéneau de Mussy [6], Hervieux [7] attribuent également le phlegmon à la lymphangite.

Enfin, paraît, en 1870, la thèse de M. Lucas Championnière [8] sur les lymphatiques utérins, qui remet en lumière les travaux de Cruveilhier. Les communications ultérieures de Championnière en 1875 [9] accentuent encore le mouvement en faveur de la propagation par les lymphatiques des inflammations venues de l'utérus.

1 NONAT. *Th. de Paris*, 1832.
2 DUPLAY. *Archives générales de médecine* ; 1835, t. II.
3 PIOTAY. *Thèse de Paris*, 1857.
4 OTTO SPIEGELBERG, *Samml. Klin Vorträge*, n° 71, p. 532.
5 MÉGRAT. *Thèse de Strasbourg*, 1867.
6 GUÉNEAU DE MUSSY. *Archives générales de Médecine*, 1867, t. X p. 129.
7 HERVIEUX. *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, 1870, p. 522.
8 LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Th. de Paris*, 1870.
9 LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Annales de Tocologie*, 1875.

C'est de cette époque que datent les travaux de F. Siredey [1] et les thèses de ses élèves, Fioupe [2] sur la lymphangite utérine, et de G. Auger [3] sur la lymphadénite péri-utérine.

En 1876, Alph. Guérin publie une observation d'adéno-lymphite rétro-pubienne. Puis paraissent la thèse de Lallement [4], les mémoires de de Sinéty [5] et le livre de Schrœder [6], traitant le même sujet. Dans ce concert unanime en faveur de l'infection par voie lymphatique, une seule voix discordante se fait entendre : Charpy [7] trouve qu'on a un peu abusé de la lymphangite, qu'elle est moins fréquente qu'on veut bien le dire et que peut-être faut-il faire entrer en ligne de compte la phlébite et l'inflammation par propagation directe. Encore, pour cette dernière, Pierre Delbet, fait-il remarquer qu'avec les idées actuelles sur la constitution du tissu cellulaire, il s'agit probablement d'une lymphangite.

Les lésions péritonéales, elles aussi, relevaient de l'infection lymphatique, ainsi qu'en témoignent les travaux de Bernutz et Goupil, de Martineau qui l'appelait adéno-pelvi-péritonite, de F. Siredey qui lui donnait le nom de lympho-péritonite. Championnière trouve, dans certaines pelvi-péritonites puerpérales, les lymphatiques utérins sous-séreux enflammés et gorgés de pus. Fioupe et plus tard Albert Mayor [8] de Genève ont fait des constations analogues. Reclus [9], d'accord avec Widal [10] et Spillmann, admet la propagation au péritoine par voie lymphatique, et M. Bouilly [11] pense que la pelvi-péritonite semble le plus souvent succéder à une lymphangite utérine, ayant pour origine une métrite ou une vaginite.

La propagation de l'infection par les lymphatiques repose d'ailleurs sur des données anatomiques sérieuses et exactes. En effet, les travaux de Championnière, ceux de Sappey et de Poirier, ont montré qu'il existe, tout autour de l'utérus, un système lymphatique très développé.

[1] F. Siredey. La fièvre puerpérale n'existe pas. *Annales de Gynécologie* 1871, et *Les maladies puerpérales*, 1884.
[2] Fioupe. *Th. de Paris*, 1876.
[3] Auger. *Th. de Paris*, 1876.
[4] Lallement. *Th. de Paris*, 1881.
[5] de Sinety. *Progrès médical*, 1882, p. 595 et 601.
[6] Schrœder. *Krank. der Weiblich Geschlechtsorgane*, 1887.
[7] Charpy. *Lyon médical*, 1886, p. 337 et 381.
[8] Observations anatomo-pathologiques dues à A. Mayor dans le livre de F. Siredey : *Les maladies puerpérales*.
[9] Reclus. Les pelvi-péritonites. *Semaine médicale*, 1891, p. 281.
[10] Widal. *Th. de Paris*, 1889.
[11] Bouilly. *Pathologie externe*, p. 524.

Les lymphatiques naissent des différentes tuniques du tissu utérin, où ils s'anastomosent largement entre eux, et de là, se rendent, en cheminant sous le péritoine, dans le tissu cellulaire péri-utérin. De chaque côté du col se trouve un volumineux peloton juxta-cervical, décrit par Poirier, considéré par Championnière comme un ganglion qu'il place sur le côté et en arrière du col, au-dessus du cul-de-sac vaginal latéral. De ce plexus, partent, d'après Marcille[1] deux groupes de collecteurs : 1° un pédicule postérieur pré et sus urétéral, d'abord satellite de l'artère utérine, puis l'abandonnant pour monter sur les parois de l'excavation pelvienne, et se terminant dans les ganglions moyen et supérieur de la chaîne moyenne du groupe iliaque externe. 2° Un pédicule transversal rétro et sous-urétéral dont les ramifications aboutissent, les unes, au ganglion placé le long des troncs viscéraux de l'hypogastrique, les autres, aux ganglions sacrés latéraux, d'autres enfin, au groupe du promontoire.

Les lymphatiques du corps émergent de la corne utérine, côtoient le bord supérieur du ligament large, passent au-dessous de l'ovaire où ils constituent le plexus sous-ovarique de Sappey. Ils accompagnent les vaisseaux spermatiques internes, montent vers la région lombaire, en décrivant une longue courbe à concavité interne, et se jettent dans les ganglions lombaires moyens, en avant de l'aorte et de la veine cave inférieure, au niveau de l'extrémité inférieure du rein. Enfin une anastomose, qui chemine en dehors de la grande arcade artérielle que décrit l'utérine, signalée par Poirier et Marcille, mais contestée par Bruhns, unit les pédicules de la corne utérine à ceux du col.

La disposition des organes lymphatiques péri-utérins permet donc de comprendre l'infection qui se fait par leur intermédiaire. En effet, dit Chauffard [2], « quand un microbe pathogène, pénètre par effraction à travers la peau ou les muqueuses de l'organisme, il se trouve tout d'abord dans le tissu conjonctif, sous-tégumentaire ou interstitiel. Il est exceptionnel que les microbes pénètrent directement dans le système vasculaire artériel ou veineux, et l'on peut dire que l'infection veineuse primitive est aussi rare que la secondaire est fréquente. Les espaces conjonctifs qu'abordent, dès leur entrée dans l'organisme, les bactéries pathogènes, étant une dépendance du tissu lymphatique, puisqu'ils représentent la source même des canaux de la lymphe, on peut dire

[1] Marcille. Lymphatiques et ganglions ilio-pelviens. *Th. de Paris*, 1902.

[2] Chauffard. Les étapes lymphatiques de l'infection. *Semaine médicale*, 1894, p. 310.



que, une fois la frontière cutanée ou muqueuse franchie, la première étape accomplie par l'infection sur le territoire envahi est une étape lymphatique. C'est là que va se livrer le premier combat entre les éléments de la défense organique et ceux de l'invasion bactérienne ; c'est là que l'anatomie pathologique saisit les premières lésions réactionnelles des tissus infectés ; c'est de là qu'on peut suivre à la piste, le long de leur trajet divers, toutes les invasions microbiennes plus ou moins cycliques ».

Ces lois d'anatomie pathologique générale si judicieusement interprétées par Chauffard, trouvent ici leur application d'une manière saisissante. Depuis le tissu cellulaire péri-utérin jusqu'aux ganglions iliaques et lombaires, la clinique et l'anatomie pathologique révèlent partout les traces du processus infectieux, sous la forme d'œdème phlegmoneux, de fausses membranes et d'adhérences, de petits abcès localisés, ou de vastes foyers de suppuration.

Tantôt les lésions et les symptômes auront leur maximum immédiatement au voisinage de l'utérus, tantôt on les observera à distance sous forme d'ovarites, de phlegmons iliaques, de péritonites localisées ou diffuses.

On ne connaît pas encore avec une certitude absolue le rôle des diverses espèces microbiennes dans la marche de ces processus infectieux et dans leur localisation. Il résulte cependant de nombreux travaux, que le gonocoque de Neisser reste à la surface des épithéliums sans pénétrer dans la profondeur de la muqueuse et à plus forte raison, dans le tissu sous-muqueux.

Il chemine le long de la muqueuse, gagnant le fond de l'utérus, puis la cavité de la trompe jusqu'à son pavillon. Mais il altère les épithéliums de la muqueuse utérine et de la muqueuse tubaire et aide à préparer le terrain aux infections secondaires. Ce sont les microbes pyogènes développés à la suite de ces infections secondaires, qui produisent les lymphangites, les adénites et les phlegmons. (Bumm) [1].

Le gonocoque suivra donc généralement la voie muqueuse, et c'est lui qu'on trouvera dans le cas de salpingite. C'est un fait démontré, car en étudiant le pus de salpingites blennorrhagiques, Nœggerath, Westermarck et Orthmann, cités par Cornil et Terrillon, dans leur mémoire des *Archives de Physiologie*, ont, rencontré le gonocoque de Neisser. Le seul microbe capable de jouer de prime abord le rôle pyogène vis-à-vis des lymphatiques

[1] Bumm. Ueber gonorrhoïsche Mischinfectionen beim Weibe. *Arch. f. Gyn.*, 1887, t. 31, p. 448.

serait d'après Widal [1] le streptocoque. En effet, si les micro-orgamismes qu'on trouve dans la cavité utérine sont nombreux et très virulents, le streptocoque seul parvient à infiltrer la paroi utérine. Cornil [2] partage cette opinion et admet que, le plus souvent, en cas de métrite puerpérale, la paroi utérine ne laisse passer que le streptocoque. Cette paroi est en quelque sorte un filtre qui n'est perméable que pour lui. Il est juste de dire cependant que le staphylocoque l'accompagne généralement et se trouve avec lui dans la profondeur des tissus.

Parfois aussi on a signalé l'existence du coli-bacille dans les collections suppurées.

III

LYMPHANGITES, OVARITES ET SALPINGITES

Lucas-Championnière [3] s'est fait l'ardent défenseur de l'infection par voie lympathique dans le développement des lésions annexielles. S'appuyant sur ses travaux anatomiques, il fit à la Société de Chirurgie en 1888 une communication qui souleva une vive discussion, laquelle contribua à éclairer et à fixer définitivement la question. D'après lui, la maladie primitive ne peut être qu'une lymphangite péri-utérine, et quelquefois même la lésion se dissèque si bien que l'on voit sur l'utérus, le point de départ de la maladie que l'on suit jusque sur ses parties latérales. Quénu [4] réfuta cette théorie en se plaçant sur le terrain de l'anatomie normale et pathologique et ses conclusions furent adoptées par Trélat [5] Terrier [6] et Terrillon [7].

En effet, si la salpingite était d'origine lymphatique ce qu'on devrait trouver anatomiquement, ce seraient des abcès de l'aileron moyen, des lésions de la paroi tubaire, autrement dit une salpingite *pariétale*. En réalité on trouve presque toujours de l'*endo-salpingite*. Le pus occupe le centre de la trompe et non sa périphérie, c'est la muqueuse qui est malade et non les parois adjaçentes. Cependant il existe des observations de salpingite

[1] WIDAL. *Loc. cit.*

[2] CORNIL. Fièvre puerpérale et métrite puerpérale. *Journal des connaissances médicales*, 1889, p. 403.

[3] LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1868, p. 927.

[4] QUÉNU. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1888, p. 951.

[5] TRÉLAT. *Société de Chirurgie*, 1888, p. 1.035.

[6] TERRIER. *Société de Chirurgie*, 1888, p. 1.004.

[7] TERRILLON. *Société de Chirurgie*, 1888, p. 1.019.

pariétale (Seuvre), (Bardet), mais ces rares exceptions ne font que confirmer la règle.

D'ailleurs, les anatomo-pathologistes répondent à Championnière que si les lésions ont leur maximum au pavillon de la trompe et si la partie de la trompe voisine de l'utérus paraît saine, en réalité, il y a toujours à ce niveau des altérations profondes. On admet, par suite, la transmission de l'infection par voie muqueuse. « Cette théorie, dit Quénu, est-elle en contradiciton avec les enseignements de la pathologie générale ? Bien au contraire, et ce mode de propagation est un fait banal. On a cité bien souvent la cystite conduisant à la néphrite par l'uretère, l'uréthrite menant à l'épididymite par le canal déférent, comme l'angine conduit à l'otite moyenne par la trompe d'Eustache. Il n'y a pas de raison pour que les muqueuses tubaire et utérine échappent à cette loi de continuité inflammatoire ».

Il nous semble que rien n'oblige à adopter une opinion exclusive, applicable à tous les cas. L'infection de la trompe est produite le plus souvent, par propagation directe, de proche en proche, des microbes pathogènes qui existent dans l'utérus. C'est à la fois le mode d'infection le plus fréquent, et le plus facile à démontrer. Ne voit-on pas souvent chez des jeunes filles exemptes de tout traumatisme, de toute cause locale appréciable, une infection gonococcique accidentelle gagner les trompes par une progression ascendante spontanée ?

Mais il n'est pas rare non plus de constater, à la suite d'un traumatisme quelconque du col utérin, une brusque et rapide tuméfaction sur les côtés de l'utérus, accompagnée de douleurs plus ou moins vives. Puis, vingt-quatre ou trente-six heures plus tard, il existe un vaste empâtement au niveau des trompes et des ovaires, sans que la cavité du corps de l'utérus soit le siège d'altérations appréciables.

Les faits de ce genre quoique moins fréquents, ne sont pas plus contestables que les précédents, et il serait difficile de les expliquer si l'on n'admettait pas leur origine lymphatique.

Mais ce qui complique les choses, c'est que l'endo-salpingite peut être accompagnée de salpingite parenchymateuse et même de péri-salpingite. Il se développe alors assez rapidement autour de la trompe une sorte d'œdème phlegmoneux qui s'étend fort au delà de la lésion tubaire primitive. M. le Dr Ch. Monod, en a fourni la démonstration en incisant isolément ces bosses séro-sanguinolentes qui entourent une altération tubaire, suppurée ou non suppurée, et en incisant plus tard le pyosalpinx s'il y a lieu.

Ici cette lésion accessoire appartient encore assez manifestement au domaine des lymphatiques.

L'ovaire participe fréquemment aux lésions circonscrites de la trompe. Il s'agit alors, le plus souvent de lésions de sclérose dues très probablement à une périovarite, dont les altérations progressent de la périphérie vers le centre.

L'infection a, dans ce cas, dépassé les limites de la trompe pour frapper l'ovaire et le péritoine, mais le processus d'infection par voie muqueuse est identique. Il n'en est pas de même pour le cas où l'ovaire seul est lésé, et ici Quénu est d'accord avec Championnière, Segond, Bouilly et Delbet, pour admettre l'origine lymphatique de la localisation. Pour ces auteurs la suppuration de l'ovaire est déterminée par une lymphangite portant sur les gros vaisseaux qui naissent de l'utérus et cheminent à travers le ligament large où ils reçoivent le plexus sous-ovarique de Sappey.

L'anatomie pathologique confirme pleinement cette hypothèse. En effet, l'ovaire, dans ces cas, est tantôt remplacé par un abcès unique bien limité, tantôt transformé en une véritable éponge creusée d'une multitude d'alvéoles d'où s'échappent des gouttelettes de pus. D'autre part le ligament large est mou, œdémateux, infiltré; souvent il est épaissi, et renferme des nodules ayant l'aspect de ganglions lymphatiques, et qui, sectionnés, laissent suinter du pus sur leur surface de section. Ces données anatomiques contribuent à établir une lésion spéciale, complètement indépendante de la salpingite, dont elle diffère par ses symptômes et par sa nature : l'*ovarite suppurée d'origine lymphatique*. Cette maladie, a le plus souvent, pour cause une métrite ancienne ou une infection consécutive à un accouchement, ainsi qu'en témoignent les vingt-trois observations réunies dans la thèse de Mauger [1].

Il s'agit le plus souvent de femmes qui, à la suite de leurs couches sont restées alitées plus longtemps qu'à l'ordinaire, qui ont eu de la fièvre, des douleurs dans le ventre, des pertes et qui ont généralement une déchirure du col. A un moment donné, souvent très éloigné du début de l'infection, les malades ont une crise aiguë ; elles éprouvent de violentes coliques, elles ont de la fièvre, des frissons, des nausées et des vomissements bilieux. Le pouls est rapide, la langue sèche, les urines rares, la constipation rebelle et le facies péritonéal. La douleur de l'abdomen à la pression est très vive et les muscles abdominaux sont contractés. Dans l'intervalle

[1] MAUGER. Contribution à l'étude de l'ovarite suppurée. *Th. de Paris*, 1900.



des crises douloureuses on peut arriver à déterminer, dans l'une des fosses iliaques, un empâtement diffus, mais jamais on n'a la sensation d'une poche isolée et bien fluctuante. Au toucher, l'utérus est immobile et fixé; les culs-de-sac, mous et œdématiés proéminent dans le vagin. La crise dure une dizaine de jours, puis tout se calme et on est en présence d'une femme qui souffre, qui perd, qui maigrit, et chez laquelle on découvre, dans une fosse iliaque, une tumeur dure, indolente, régulière, indépendante de l'utérus et difficilement accessible par le vagin.

Il existe donc, à côté de l'ovarite secondaire, consécutive à une lésion tubaire, une ovarite primitive qui, à son tour, peut s'accompagner de lésions secondaires de la trompe. L'indépendance absolue des lésions de chacun de ces organes est bien rare et cela légitime l'emploi fréquent du terme de salpingo-ovarite. Mais, dans tous les cas, la lésion prédomine toujours sur un des deux organes, l'autre n'étant frappé qu'accessoirement et secondairement. Qu'il y ait salpingite ou qu'il y ait ovarite, toutes deux ont une origine utérine : la métrite, mais elles ont chacune leur pathogénie propre, infection par voie muqueuse pour la première, par voie lymphatique pour la seconde.

Pelvi-péritonite. — Lorsque la salpingite et l'ovarite sont constituées, il est de règle que le péritoine réagisse et que des adhérences très riches en vaisseaux lymphatiques (Poirier) se forment. Ainsi se constitue la pelvi-péritonite secondaire, épiphénomène venant compliquer les affections tubo-ovariennes. Nous n'avons pas à étudier la pelvi-péritonite primitive suraiguë puerpérale, mais nous ferons cependant remarquer, en passant, que, d'après MM. F. Siredey, Spillmann, Widal, Reclus[1], Championnière, elle serait consécutive à une infection par voie lymphatique. Cependant, à la suite de certaines interventions opératoires sur l'utérus et, en particulier, du curetage, de la dilatation et de cathétérismes septiques, il peut se produire *d'emblée*, une réaction péritonéale primitive, indépendante d'une lésion annexielle. Le point de départ de l'infection est évidemment la muqueuse utérine. De là, les germes pénètrent dans la profondeur et déterminent du côté du péritoine pelvien, des accidents, alors que la muqueuse tubaire, qui a été la première en contact avec l'agent pathogène, ne présente pas de lésion sérieuse. Mais c'est la voie lymphatique qui paraît être la plus fréquemment suivie. Des communications existant entre les lymphatiques du ligament large et la surface

[1] Reclus. Les pelvi-péritonites. *Semaine médicale*, 1891.

séreuse du petit bassin, il n'y a pas de raison pour que les agents microbiens ne puissent, après un trajet plus ou moins détourné, provoquer sur la séreuse pelvienne des phénomènes infectieux, (Bouilly, J.-L. Faure).

Madlener, en contradiction en cela avec MM. Cornil, Widal, Reymond, pense que l'infection gonococcique elle-même, peut gagner le cul-de-sac de Douglas à travers le parenchyme utérin, sans doute par la voie des lymphatiques. Quoi qu'il en soit on trouve, dans ces cas, le péritoine congestionné, dépoli, recouvert d'exsudats et de fausses membranes, qui entourent l'ovaire et l'immobilisent en même temps qu'ils déplacent et fixent l'utérus. Les ailerons du ligament large sont rouges et parcourus de nombreux vaisseaux; la trompe présente des lésions de péritonite congestive. Puis, à un moment donné et par un mécanisme qui échappe, l'ovaire devient scléreux et kystique; il est déplacé, douloureux et augmenté de volume: il y a ovarite chronique. Mais, d'après M. Bouilly, la lésion initiale est une périovarite d'origine lymphatique, avec lésion de pelvi-péritonite concomitante; une fois les lésions ovariennes constituées, elles prennent, dans la symptomatologie, la place principale, et relèguent la pelvi-péritonite au second plan.

IV

LYMPHANGITES PÉRIUTÉRINES

Bien que le rôle des angioleucites ne soit pas contestable, dans la genèse de certaines altérations des ovaires, des trompes et du péritoine pelvien, on ne peut pas dire que les affections de ces organes soient constamment tributaires des lymphangites utérines. Le plus souvent, l'infection les atteint par voie ascendante, les microbes cheminant de proche en proche du col utérin dans la cavité utérine et gagnant ensuite la muqueuse tubaire pour envahir secondairement l'ovaire et le péritoine du bassin.

Il n'en est plus de même quand il s'agit des inflammations périutérines; celles-ci sont essentiellement liées aux lymphangites utérines, et tous les auteurs sont à peu près unanimes à le reconnaître. Mais, si ces vues théoriques sont communes à la plupart des gynécologues et des chirurgiens, on n'en tient pas suffisamment compte dans la pratique, et, dans le langage courant de la chirurgie, la dénomination vague d'annexites est appliquée

à toutes les lésions qui avoisinent l'utérus, quand elle n'est pas remplacée par le terme plus précis, — et par suite plus erroné, — de salpingite.

La disposition des vaisseaux lymphatiques, depuis les réseaux sous-muqueux qui traversent le parenchyme utérin, le long des vaisseaux sanguins, jusqu'aux ganglions iliaques permet de comprendre les diverses altérations que l'on observe dans le tissu cellulaire, situé en avant et sur les côtés de l'utérus, dans l'épaisseur du ligament large, ainsi que sur le péritoine qui recouvre le ligament large et les parois du bassin.

L'infection partie de l'utérus suit les vaisseaux lymphatiques et se répand avec eux en divers points de la cavité pelvienne, donnant lieu, selon ses localisations diverses, aux *phlegmons du ligament large et de la fosse iliaque*, et aux *phlegmasies périutérines* qui ont été décrites sous les noms de *périmétrite*, *paramétrite*, *phlegmon périutérin* etc. Ces lésions peuvent se rencontrer isolément mais souvent elles se succèdent ou se compliquent mutuellement. Parfois même, elles coïncident avec des altérations tubaires, ovariennes, péritonéales, réalisant ainsi le type complexe, diffus, que M. le professeur Pozzi décrit sous le nom de *périmétro-salpingite*.

On peut observer toutes les formes intermédiaires entre ces vastes inflammations auxquelles participent tous les organes contenus dans le bassin, et le simple empâtement circonscrit qui survient au voisinage d'une déchirure du col et disparaît au bout de quelques jours.

Si différentes que soient ces lésions elles ont un lien incontestable : elles sont toutes la conséquence de lymphangites utérines. En les dissociant sous diverses dénominations, on a perdu de vue leur commune origine, et on a compliqué bien inutilement la pathologie génitale.

Grisolle, puis plus tard Frarier [1], élève de Bernutz, qui avaient bien décrit, l'un les abcès de la fosse iliaque, l'autre le phlegmon du ligament large, ne s'étaient guère préoccupés de leur pathogénie.

Noël Guéneau de Mussy [2] avait le premier signalé très judicieusement l'importance des déchirures du col et des lymphangites qui en résultent, dans la production de ces accidents, *comme certaines lymphangites venant à la suite de gerçures du sein*, dit-il, *aboutissent à des abcès mammaires*.

[1] Frarier. Étude sur le ligament large. *Th. de Paris*, 1866.
[2] N. Guéneau de Mussy. *Arch. génér. de médecine*, 1867.

Hervieux [1] adopta cette pathogénie, à laquelle la thèse de J. Lucas-Championnière apporta bientôt une base anatomique solide, et qui devint le point de départ de nouvelles études.

Les travaux de F. Siredey, de ses élèves, J. Fioupe et Auger [2], ceux d'Alph. Guérin et de son élève Mary, puis de Martineau, achevèrent de démontrer, par l'anatomie pathologique et par la clinique, l'origine lymphangitique du phlegmon du ligament large (*Lymphadénite* de F. Siredey et Auger; *adéno-lymphite* d'Alph. Guérin [3] et Mary [4]). Plus tard, Martineau [5] tendit à généraliser cette interprétation et soutint que la métrite aiguë ou chronique s'accompagne constamment de l'inflammation des ganglions du petit bassin.

Récemment, Bouilly, Pierre Delbet, J.-L. Faure ont également accepté l'origine lymphatique des infections du ligament large et du tissu cellulaire pelvien.

Le point de départ de ces phlegmasies n'est pas discuté davantage. N. Guéneau de Mussy, Hervieux, F. Siredey, A Guérin etc. n'hésitaient pas à rattacher tous ces accidents aux lésions de la muqueuse utérine.

Les recherches bactériologiques entreprises ultérieurement confirmèrent leur manière de voir, en montrant la présence, dans la cavité utérine, de nombreux microbes pathogènes que l'on retrouve dans les diverses collections suppurées du bassin.

Il importe de remarquer toutefois que, le plus souvent, sinon toujours, les germes infectieux ne pénètrent dans les voies lymphatiques que *par effraction* et, bien avant l'apparition des doctrines pastoriennes, N. Guéneau de Mussy avait montré que le phlegmon du ligament large succède généralement aux déchirures du col de l'utérus; cette opinion a été soutenue également par la plupart des auteurs cités plus haut.

Au premier plan de l'étiologie, il faut placer les traumatismes obstétricaux : applications de forceps, versions, quelquefois le simple passage d'une tête fœtale volumineuse, etc. en un mot toutes les circonstances qui peuvent amener une déchirure du col utérin, ou d'autres solutions de continuité sur le trajet des voies génitales.

Puis on peut invoquer les traumatismes d'ordre thérapeutique

[1] Hervieux. *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales. Suite de couches*. Paris, 1870.

[2] Auger. Lymphadénite péri-utérine. *Th. de Paris*, 1876.

[3] Alph. Guérin. *France médicale*, 1876 et *Gazette hebdomadaire*, 1876.

[4] Mary. Etude sur l'adéno-lymphite obturatrice. *Th. de Paris*, 1876.

[5] Martineau. *Union médicale*, 1880 et *Arch. de Tocologie*, 1881.

et ce ne sont pas les moins fréquents : l'introduction d'instruments dans l'utérus (hystéromètres, sondes, curettes, pinces, tiges métalliques destinées au redressement ou à l'électrisation), de crayons médicamenteux, de pansements divers, les incisions ou pansements du col, les cautérisations [1], les tiraillements produits pour abaisser l'utérus, etc.

Il convient d'ajouter : les explorations répétées et maladroites, le coït, surtout à une époque très rapprochée de l'accouchement ou d'une fausse couche.

Ces divers traumatismes seraient encore plus dangereux s'ils apportaient de nouveaux microbes pathogènes sur le col utérin ; mais, en dehors même de toute infection nouvelle, ils agissent d'abord comme de véritables agents vulnérants, en provoquant une déchirure plus ou moins profonde, ou une simple érosion à la surface de la muqueuse, qui permet aux microbes de pénétrer dans les voies lymphatiques.

On a admis que les lésions du vagin seraient également la cause de lymphadénite pelvienne ; le fait n'aurait rien d'extraordinaire puisque ses lymphatiques se rendent en grande partie dans les ganglions du bassin.

Enfin Delbet estime que les altérations tubaires pourraient également se compliquer de phlegmon du ligament large, en raison des rapports étroits de la trompe avec le ligament large, et des nombreux canalicules lymphatiques qui les unissent.

Quel que soit leur point de départ, lorsqu'ils ont envahi les réseaux lymphatiques, les germes pathogènes provoquent des réactions extrêmement variables, suivant la virulence des microbes pathogènes, et suivant la résistance des sujets. Au moment même de l'accouchement, et dans les jours qui le suivent, les accidents revêtent une gravité exceptionnelle, et ils entraînent souvent la mort.

A une époque plus éloignée, ils peuvent donner lieu à des phlegmons du ligament large et de la fosse iliaque, d'étendue variable, à des abcès limités au pourtour du col utérin, ou même à des phlegmasies bénignes qui se terminent par résolution.

Quelle sera la localisation de la lésion suppurative ? Les études anatomiques de Delbet ont démontré que le ligament large pouvait être divisé en deux loges : une loge inférieure dite gaine hypogastrique, et une loge supérieure, ligament large proprement dit. La gaine hypogastrique, base de l'ancien liga-

[1] Il est à remarquer cependant que les cautérisations faites sur le col à l'aide du caustique de Filhos ne provoquent pas, en général, de réactions de ce genre.

ment large, paramétrium des Allemands, espace pelvi-rectal de Richet, contient les branches pelviennes de l'iliaque interne. Elle est limitée en arrière par l'aponévrose sacro-recto génitale, en avant par la partie inférieure et postérieure de l'aponévrose ombilico-vésicale, en haut par la convergence de ces deux feuillets, en bas par l'aponévrose périnéale supérieure. Elle repose en arrière sur l'échancrure sciatique, en dedans sur le col de l'utérus et le vagin, en dehors sur la région obturatrice. Le ligament large proprement dit est constitué par deux feuillets péritonéaux adossés, contenant la trompe, l'artère utérine et du tissu cellulaire condensé.

Y a-t-il une relation entre la porte d'entrée et le siège de l'abcès ? Les phlegmons du ligament large proprement dit sont-ils causés, par des lésions du fond de l'utérus, métrite du corps, insertion placentaire, traumatisme intra-utérin, et les suppurations de la gaine hypogastrique par des lésions du vagin et du col, déchirures, interventions chirurgicales. En réalité, les causes d'infection sont souvent mixtes et la démonstration de ce que nous venons de dire ne peut être faite dans tous les cas (Delbet).

Nous laisserons de côté les phlegmons du ligament large survenant après l'accouchement, et nous envisagerons ici seulement les complications tardives que l'on observe de temps à autre dans les services de médecine ou de chirurgie.

Il s'agit de femmes dont l'accouchement et les suites de couches ont été normales, en apparence du moins, et chez lesquelles les premiers accidents se sont montrés un certain temps après qu'elles avaient repris leur vie habituelle.

Elles éprouvent d'abord une sensation permanente de pesanteur dans le bas-ventre, qui, de temps en temps, fait place à des douleurs aiguës, sous l'influence de la marche, de la fatigue, et surtout de traumatismes locaux, même modérés tels que coït, exploration médicale, introduction d'une canule à injection, etc. En même temps survient un léger suintement muco-sanguinolent, mais les véritables pertes de sang, la leucorrhée abondante, sont assez rares en pareils cas.

Lorsqu'on les interroge avec soin, on apprend assez souvent qu'il était survenu quelques jours après l'accouchement des malaises qui auraient dû donner l'éveil : les malades avaient eu un petit frisson, quelques vagues douleurs dans le ventre, des nausées, de l'inappétence, et tous ces phénomènes avaient été mis trop facilement sur le compte de la constipation ou de troubles intestinaux modérés.

A ce moment, le thermomètre, qu'on a le tort de placer sous l'aisselle, chez les accouchées, est bien monté à 37°8, 37°9 et s'y est maintenu pendant 2 ou 3 trois jours; mais on a négligé cet avertissement comme les autres, d'autant plus que l'examen local, s'il a été pratiqué, n'a donné aucune indication précise. Puis, ces symptômes vagues se sont apaisés, et ce n'est que lorsque la malade a repris son activité qu'elle a vu les accidents s'aggraver progressivement.

La douleur augmente d'intensité et exige l'immobilisation absolue; en même temps la fièvre devient plus vive, mais l'une et l'autre restent en général modérées, surtout dans ces formes subaiguës tardives. La température rectale oscille entre 38, 38°5 ou 39° qu'elle dépasse bien rarement. La douleur est moins aiguë, moins angoissante que celle que provoquent la pelvi-peritonite ou la salpingite. Elle est un peu sourde, continue, lancinante et ne s'exaspére que sous l'influence des mouvements ou des explorations. Bientôt les symptômes du phlegmon font place à ceux de la suppuration.

D'une façon générale les suppurations péri-utérines d'origine lymphangitique se révèlent par de la fièvre, de la douleur occupant l'une des fosses iliaques, avec irradiations dans le membre inférieur et quelques vomissements sans caractère et sans valeur diagnostique, comme on peut en observer au début de toutes lymphangites. Le pouls est accéléré, la figure rouge et le teint animé, profondément différent de celui qu'on observe dans la péritonite. Puis, au bout de 4 à 5 jours, les phénomènes s'amendent. Il y a alors intérêt à pratiquer le toucher. S'il s'agit d'un phlegmon de la gaine, phlegmon juxta-utérin de Bouilly, on constate que le vagin est chaud et œdémateux. Le doigt détermine rapidement de la douleur et arrive sur une tumeur avant même de rencontrer le col, car cette tumeur dépasse sensiblement le cul-de-sac vaginal du côté où elle siège. L'utérus est immobilisé et douloureux, la tumeur se confond avec lui. Souvent elle semble vouloir entourer le col; elle envoie en avant de lui, dans la cloison vésico-utérine, un prolongement qui peut être considérable (phlegmon anté-utérin d'Otto Spiegelberg); en arrière, elle forme une sorte de virgule ou de croissant qui déborde à peine le bord de l'organe. Entre l'utérus et la tumeur il n'y a pas de sillon; en dehors, la tumeur se confond avec les parois de l'excavation pelvienne. Par le palper abdominal on ne sent rien ou à peu près

[1] Bouilly. *Semaine gynécologique*, 1896, p. 3.

rien tandis que, dans le phlegmon du ligament large proprement dit par le palper, la main arrive tout de suite sur un empâtement, véritable plastron abdominal, tranversalement étendu de l'utérus à la paroi pelvienne, débordant en haut le plan du détroit supérieur, et empiétant presque toujours un peu sur la fosse iliaque. Par le toucher, au contraire, on ne sent rien dans ce dernier cas.

Telle est la forme clinique la plus fréquente. Il est des cas assez nombreux où les symptômes locaux sont relativement atténués.

Il s'agit de femmes qui éprouvent quelques douleurs abdominales, mais qui, cependant, ne souffrent pas assez, du moins au début, pour cesser de vaquer à leurs occupations. Peu à peu les symptômes s'accentuent. Les douleurs pelviennes deviennent plus aiguës et s'irradient dans la région lombaire, simulant une névralgie iléo-lombaire, dans la cuisse sur le trajet du sciatique et du crural, provoquant souvent une légère flexion de la cuisse sur le bassin, ou tout simplement, une impossibilité de l'extension complète de la jambe. Il en résulte quelquefois un certain degré de claudication sur laquelle Kœnig a attiré l'attention... La malade n'a pas de forces, pas d'appétit; elle dort mal et elle maigrit. C'est une infirme qui devient incapable de travailler et qui, souffrant continuellement marche à grands pas vers la neurasthénie.

Si on la touche, on trouve dans les culs-de-sac un empâtement douloureux, occupant la base du ligament large, entourant le col utérin à la façon d'un croissant. On croit avoir affaire à une salpingite alors qu'en réalité il s'agit d'une inflammation du tissu cellulaire du petit bassin.

Mais il s'en faut que l'histoire de la lymphangite périutérine se confonde toujours avec celle des suppurations pelviennes. Les formes bénignes, non suppurées de cette affection sont assurément les plus fréquentes; elles sont en même temps les moins connues, parce que leur description ne peut s'appuyer ni sur l'anatomie pathologique, ni sur les constatations relevées au cours d'une intervention chirurgicale, puisqu'elles guérissent, en général, spontanément.

Elles surviennent un certain temps après l'accouchement, chez des femmes qui semblaient exemptes de complications, et qui avaient repris depuis quelques jours, ou même quelques semaines leur vie habituelle.

Beaucoup de femmes, obéissant à un préjugé néfaste, se lèvent huit ou neuf jours après leurs couches, et reprennent presque im-

médiatement leur activité, alors que l'involution de l'utérus est incomplète, et que les déchirures qui ont pu se produire au niveau du col ne sont pas complètement cicatrisées. La station debout, la fatigue, l'insuffisance des soins locaux, retardent encore l'involution et la cicatrisation des plaies.

Dans de telles conditions le moindre traumatisme que produit, sur le col blessé, une reprise prématurée des rapports sexuels, ou même l'introduction maladroite d'une canule à injection, de propreté douteuse, suffira pour irriter les déchirures cervicales, et pour provoquer une poussée de lymphangite.

Les malaises éprouvés par la malade sont assez vagues pour passer inaperçus. Ils sont mis volontiers sur le compte de la faiblesse; puis peu à peu, la gêne progressivement croissante, les douleurs qu'amène la fatigue, l'apparition d'un suintement muco-sanguinolent, décident la malade à se présenter de nouveau à l'hôpital.

Parfois des accidents de ce genre revêtent une forme très lente, et se prolongent pendant plusieurs semaines sans attirer trop vivement l'attention des femmes.

F. Siredey[1] a insisté sur ce fait que, souvent, après un frisson suivi de quelques jours de malaise, il peut se produire un entr'acte pendant lequel les malades n'éprouvent rien d'anormal, reprennent leurs occupations, et sont arrêtées seulement une ou deux semaines plus tard par de nouveaux accidents qui aboutissent à une suppuration pelvienne d'étendue variable.

A plus forte raison, dans les formes légères, non suppurées, les symptômes généraux et locaux peuvent se réduire à des phénomènes de peu d'importance : de la pesanteur périnéale, quelquefois une véritable douleur, et un mouvement fébrile très peu accentué, que seul, le thermomètre décèlera.

La palpation de l'abdomen ne révèle rien d'anormal, si ce n'est une sensibilité exagérée lorsqu'on cherche à plonger la main dans la cavité pelvienne, en appuyant sur les bords ou sur le fond de l'utérus.

Le toucher fait constater que l'utérus est en état de subinvolution; le col est gros, souvent fendu, parfois un peu entrebâillé. Les culs-de-sac vaginaux semblent effacés, et l'on sent, au voisinage de l'utérus, une sorte de bourrelet œdémateux, dur, douloureux, immobilisant l'utérus, et dont la forme et l'étendue varient considérablement suivant les cas. L'œdème phlegmoneux peut

[1] F. Siredey. *Les maladies puerpérales*, Paris 1884.

entourer tout le col à la façon d'un anneau. Il prend parfois la forme d'un croissant latéral dont les extrémités passent en avant et en arrière de l'utérus. Plus souvent on n'observe qu'une tuméfaction étendue transversalement de dedans en dehors, accolée à l'utérus par son extrémité interne, et se prolongeant jusqu'au voisinage de la paroi du bassin.

Son volume peut atteindre celui d'un œuf de poule, qu'il dépasse quelquefois, ou être réduit à un simple petit noyau à peine gros comme une cerise.

Les jours suivants, on constate des modifications dans ce bourrelet œdémateux : il continue de s'accroître de dedans en dehors. Lorsque la tension a atteint son maximum, on est porté à craindre la suppuration, puis une détente se produit : la régression se fait peu à peu, lentement, tantôt de dehors en dedans, tantôt de dedans en dehors. Dans le premier cas, il persiste pendant plusieurs semaines un noyau d'induration au voisinage de l'utérus ; dans le second cas, on perçoit, pendant assez longtemps, une plaque indurée le long de la paroi pelvienne.

Il est à remarquer que certaines formes graves de phlegmon du ligament large se terminent également par une induration, par une transformation ligneuse presque complète du tissu cellulaire pelvien. (Freund.)

Enfin, après quelques mois, il ne reste plus qu'une bride non douloureuse, qui limite les mouvements latéraux de l'utérus. Cette petite bride, cette cicatrice profonde, s'observe très fréquemment chez les femmes qui ont eu des enfants. Elle siège dans le cul-de-sac gauche, et il n'est pas excessif de la considérer comme un vestige d'une petite poussée de lymphangite qui s'est produite au voisinage d'une déchirure du col (plus fréquente à gauche), et qui est passée inaperçue.

Certaines poussées de lymphangite sont tout à fait remarquables par la rapidité de leur évolution. Elles donnent lieu à un gonflement très marqué qui atteint son maximum en 3 ou 4 jours, et diminue aussi promptement pour disparaître sans laisser de traces.

On les a justement comparées aux fluxions d'origine dentaire.

Quelquefois on assiste à des rechutes successives, phlegmons à redoublements, de Gosselin, qui, sans gravité réelle, ont une durée indéfinie.

Dès le début, le diagnostic des lymphangites péri-utérines doit être fait avec les salpingites. La douleur, la fièvre sont communes à ces deux affections ; mais elles sont généralement plus

accentuées et plus persistantes dans les salpingites que dans les lymphangites ou dans les adéno-phlegmons. Dès le début, les symptômes locaux présentent des différences qui permettent de les distinguer. A l'origine même des accidents, le toucher ne fournit pas d'indication précise que l'on puisse utiliser pour le diagnostic; mais, 24 ou 36 heures après les premiers malaises, le doigt peut déjà donner des renseignements importants. L'œdème phlegmoneux qui accompagne l'inflammation des vaisseaux lymphatiques est perçu à la partie inférieure du ligament large; il soulève la paroi vaginale, et refoule un peu le cul-de-sac latéral du vagin de haut en bas; il est plus diffus, il se porte en avant de l'utérus aussi bien qu'en arrière, et il a surtout une grande tendance à s'étendre transversalement, de dedans en dehors, immobilisant prématurément l'utérus dans le sens latéral.

Les tuméfactions tubaires et péri-tubaires sont situées plus haut, à l'origine, il faut porter le doigt tout au fond du cul-de-sac vaginal, et chercher en haut et en arrière, à une certaine distance de l'utérus, pour rencontrer les premières manifestations de l'inflammation tubo-ovarienne.

Puis, quand la trompe et l'ovaire malades descendent dans le cul-de-sac de Douglas, la tumeur que l'on sent au toucher est assez nettement limitée au cul-de-sac postérieur. Elle se présente le plus souvent sous la forme d'un croissant dont la concavité est dirigée en avant et regarde du côté sain, tandis que les lésions du ligament large sont franchement latérales et semblent faire corps avec la paroi pelvienne.

Les désordres menstruels sont plutôt en faveur des altérations tubo-ovariennes. Les lésions du ligament large entraînent peu de troubles fonctionnels dans les organes génitaux et même, dans leurs formes graves, elles sont beaucoup moins fréquemment que les affections des trompes et des ovaires, des causes de stérilité.

V

TRAITEMENT

Le traitement des lymphangites génitales et des adéno-phlegmons est assez simple. Avant la période de suppuration, il est sensiblement le même pour les formes légères et pour les formes graves.

Dès que l'examen local a révélé l'existence d'un foyer d'empâtement, d'œdème phlegmoneux au voisinage de l'utérus, quels qu'en soient le siège et l'étendue, l'immobilisation des malades s'impose.

Même dans les formes peu graves, où la douleur est modérée, où la fièvre n'est caractérisée que par une élévation de quelques dixièmes au-dessus de la température normale, le repos absolu au lit constitue la base du traitement. La marche, la station debout prolongée, les fatigues que s'imposent les malades, sans quitter l'appartement, suffiront plus d'une fois pour transformer en des accidents graves, des lésions demeurées rudimentaires pendant quelque temps.

Au repos il convient d'ajouter des injections antiseptiques, faites lentement dans la position horizontale, sous faible pression, l'injecteur étant suspendu à 0,50 ou 0,60 centimètres, seulement du plan du lit, de manière a éviter tout choc violent, toute apparence de traumatisme.

Le choix du liquide n'a pas une importance considérable, pourvu qu'il ne soit pas irritant. Sous prétexte d'antisepsie, il n'est nullement nécessaire d'employer des solutions caustiques ou irritantes pour des muqueuses sensibles.

Lorsque la douleur est très vive, des decoctions de pavots et de guimauve additionnées d'acide borique, d'aniodol, ou de liqueur de Labarraque (une cuillère à soupe de l'une ou de l'autre de ces substances par litre d'eau), sont particulièrement favorables.

Il est bon que le liquide de l'injection ne soit pas trop chaud. Depuis que l'eau bouillie est couramment employée à la température de 45 à 48 degrés pour combattre les hémorrhagies, il est d'usage de prescrire, d'une façon banale, des injections à cette même température pour toutes les maladies de l'utérus et de ses annexes. Cette pratique est peu rationnelle, et parfois dangereuse.

Dans les affections génitales aiguës, le contact de liquides chauds augmente les douleurs, souvent même celles-ci s'exagèrent encore après l'injection, sous l'influence des réactions provoquées par une température trop élevée. Des injections à 39 ou 40 degrés sont généralement beaucoup mieux supportées. On aura soin d'assurer l'écoulement du liquide, car la distension des culs-de-sac vaginaux serait très douloureuse.

Avec ces précautions, on réalise ainsi une sorte de bain local éminemment sédatif.

Si les douleurs sont intolérables, il est utile de recourir à des lavements ou à des suppositoires renfermant de l'extrait thébaïque (de 0,05 à 0,10 centigrammes) et de l'antipyrine (0,30 à 0,60 centigrammes).

Il est bon d'y ajouter de 0,02 à 0,03 centigrammes de belladone

qui combat avantageusement la constipation provoqnée par l'opium.

On n'aura recours aux injections de morphine que si elles deviennent absolument nécessaires.

Quand la période aiguë est passée, et qu'il persiste encore autour de l'utérus un peu d'induration modérément douloureuse sans fièvre, on peut appliquer sur le col des tampons imbibés de glycérine ichthyolée et iodurée.

Mais on devra s'abstenir avec soin de tout traitement actif du côté du col ou de la cavité de l'utérus, pendant toute la durée de la complication lymphangitique, et même lorsque l'affection est sortie de la période aiguë ou subaiguë, pour entrer dans une phase chronique. On ne doit intervenir qu'avec de grandes précautions. Des tentatives de dilatation, de pansement intra-utérin, l'abaissement même du col à l'aide de pinces, seraient souvent de nature à provoquer de nouvelles poussées d'angioleucite.

On devra attendre que les lésions soient complètement « refroidies » pour combattre les altérations de la muqueuse utérine, siège primitif et foyer de l'infection.

Quand les malades sont en état de quitter le lit, les grands bains additionnés de sel gris commun ou d'eaux mères de Salies-de-Béarn, produisent généralement de bons effets.

Plus tard, contre la persistance des phénomènes d'induration, d'empâtement, on pourra prescrire des massages pratiqués avec prudence, puis, pendant la saison d'été, une cure dans une station saline : Biarritz, Salies-de-Béarn, la Mouillère-Besançon, Salins, etc., seront recommandées surtout aux anémiques et aux lymphatiques ; la Mothe-les-Bains, Luxeuil, Bourbonne, Saint-Nectaire conviendront mieux aux arthritiques nerveuses.

Dès que la suppuration est manifeste, et quel qu'en soit le siège, le traitement chirurgical s'impose. Les malades doivent être soumises assez tôt à l'observation du chirurgien pour que celui-ci évite sûrement l'ouverture du foyer dans un viscère voisin. Cette solution, loin de constituer un processus de guérison, expose à des suppurations prolongées, interminables et au danger de nouvelles infections.

DU MOMENT OPPORTUN DE LA CURE THERMALE CHEZ LES UTÉRINES

par le Dr R. Blondel [1].

Avec la renaissance incontestable de la gynécologie conservatrice, à laquelle nous assistons depuis quelques années, la thérapeutique hydro-minérale des maladies des femmes, hier encore traitée dans les gros livres comme un épilogue un peu dédaigneux, a repris sa véritable place : les livres récents de Doléris, d'Albert Robin et Dalché, de Labadie-Lagrave et Legueu lui réservent de nombreuses pages : des études cliniques très sérieuses lui sont consacrées chaque jour. Le résultat est tel qu'il n'est plus permis au gynécologue de se contenter des appellations anciennes et incomplètes d'eaux sédatives et d'eaux calmantes, mais qu'au contraire, il lui faut connaître les indications spéciales et délicates de chacune d'elles sous peine de se priver d'un des plus puissants moyens d'action dont il puisse disposer.

La notion de l'infection, comme l'a si justement fait remarquer Albert Robin, n'a pu, malgré les services qu'elles a rendus, supprimer la notion du terrain, si même elle n'a pas aidé à lui donner une importance insoupçonnée.

Sans en revenir aux conceptions de Martineau et à la métrite arthritique, à la métrite nerveuse, diabétique, etc., on ne peut plus nier aujourd'hui que la métrite d'une arthritique, celle d'une nerveuse, celle d'une cardiaque, d'une herpétique, d'une dégénérée, d'une obèse, etc., prennent chacune, surtout à leur déclin, au moment où la nature du terrain reprend un rôle décisif pour la plus ou moins grande rapidité de la *restitutio ad integrum*, une physionomie très différente. Or quel moyen d'action plus énergique avons-nous à notre disposition que les eaux minérales, pour modifier ce terrain et faire varier à notre gré et la chimie des échanges et l'équilibre vaso-moteur, toutes les conditions en un mot qui peuvent entretenir la chronicité d'une lésion, la non

[1] Communication au Congrès d'hydrologie de Grenoble.

résorption des exsudats, la permanence d'un état congestif et des troubles physiologiques qui en dépendent ?

Tout cela, ai-je dit, est infiniment mieux étudié aujourd'hui qu'autrefois. Mais il est un point qui, à notre sens, a été insuffisamment mis en lumière, dont l'importance est cependant considérable, et sur lequel je serais heureux de voir se diriger l'attention et des gynécologues et des médecins hydrologistes. Je veux parler du moment opportun de la cure thermale.

Cette question me semble avoir été un peu négligée. Le plus souvent le médecin s'en tient à cette indication sommaire, qu'il faut envoyer les utérines aux eaux quand les phénomènes inflammatoires sont calmés et que le traitement local a donné tout ce qu'il pouvait donner.

Je voudrais voir fouiller un peu plus cette indication, car j'ai la conviction qu'une conception un peu trop superficielle de celle-ci peut conduire a de graves mécomptes.

D'abord qu'appelle-t-on cessation des phénomènes inflammatoires? Il y a deux choses à considérer dans l'inflammation : la présence de l'*agent infectieux* et la réaction défensive des tissus.

Attendrez-vous la disparition de l'agent infectieux? Vous pourrez peut-être l'attendre très longtemps, et bien habile celui qui pourrait affirmer à quel moment elle sera devenue définitive. Si la poussée primitive est passée, le microbe n'en est pas moins là qui sommeille : son réveil est longtemps possible et ce que vous devez précisément demander aux eaux minérales c'est de fortifier la résistance du sujet dans des conditions telles que le microbe, déjà affaibli, ne puisse plus trouver les éléments favorables à cette fâcheuse commensalité et disparaisse par l'action d'une plus puissante phagocytose.

Les écoulements vaginaux purulents, les infiltrations du paramétrium ne sont-ils pas autant de symptômes relevant de la persistance de l'agent infectieux et qui cependant non seulement ne contre-indiquent point l'action thermale, mais l'appellent avec netteté?

Ce n'est donc pas la disparition problématique de l'agent infectieux, qui doit nous servir de guide, mais les signes auxquels nous pouvons juger que la virulence de cet agent est amortie, par la cessation de la fièvre, le retour à un état général un peu meilleur, le non-réveil de l'inflammation après un commencement de reprise de la vie ordinaire. Il n'y a là peut-être qu'une trêve, mais dont le médecin doit savoir profiter pour en faire une paix définitive.

Ce qu'on peut dire, et déjà le praticien le fait d'instinct, c'est que la malade ne peut être envoyée aux eaux que lorsque le réveil de l'inflammation ne paraît plus vraisemblable, dans les conditions normales de la vie de la femme, c'est-à-dire en évitant la fatigue générale ou locale.

Faut-il attendre la disparition des signes de réaction inflammatoire des tissus? Évidemment non, et pour les mêmes raisons que je viens d'exposer, celle-ci surtout c'est que ce sont ces signes ou plutôt la persistance de ces signes qui appellent le traitement thermal. Mais là encore c'est une question de mesure : il faut que la diminution des signes locaux, volume de l'utérus, turgescence du col, empâtement des culs-de-sac, ait été poussée aussi loin que possible, que l'état soit devenu franchement stationnaire, qu'aucun progrès spontané ne soit plus observé depuis un certain temps, ou que ces progrès ne s'accomplissent plus qu'avec une lenteur anormale.

Il est un symptôme, en particulier, dont l'existence et surtout dont l'interprétation doit attirer l'attention toute spéciale du médecin; je veux parler de la douleur, parce que c'est un de ceux sur lesquels il se guide le plus volontiers et qu'enfin c'est celui dont le malade tient le plus aisément compte.

Sans aborder ici tout ce qu'il y aurait à dire sur la question de la douleur en gynécologie, — très grosse et très intéressante question, — je dois cependant faire ressortir tout ce qu'un pareil signe a de subjectif. A côté de la douleur *symptomatique*, correspondant à une inflammation aiguë ou subaiguë, à des tiraillements sous l'influence d'adhérences ou de ptoses, à des compressions (déviations, tumeurs), douleurs dont l'intensité peut déjà être influencée par la susceptibilité personnelle du sujet, il y a la douleur purement *névralgique*, celle à laquelle nous ne trouvons pas de substratum tangible, que nous pouvons croire exagérée chez certaines personnes dont la nature nerveuse nous est révélée par ailleurs, mais dont nous n'avons pas le droit de nier l'existence : plus encore que la première, celle-ci est influencée puissamment dans son intensité par la nature nerveuse du sujet. Enfin l'hystérie s'en mêle parfois et vient encore embrouiller les choses.

Faut-il donc se baser sur la cessation de la douleur pour décider que le moment est venu de recourir à la cure thermale? Je crois que très souvent on se tromperait. Je vais encore répéter une fois de plus ce que j'ai dit plus haut à propos d'autres signes : dans bien des cas, c'est la cure thermale qui fera disparaître cette

douleur en agissant sur son substratum, lésion ou état général.

Mais il faut savoir distinguer. Si cette douleur est manifestement inflammatoire, il faut prendre en considération la lésion et ne prescrire la cure thermale que lorsque celle-ci n'éveillera plus, au moins *spontanément*, la sensibilité. Si la douleur apparaît franchement comme *sine materia*, et que la cure thermale n'est plus contre-indiquée par l'état local, il faut passer outre. Il y a, oserai-je dire, des douleurs salutaires. A Ussat, par exemple, le traitement réveille la sensibilité à un tel point que les malades sont condamnées à l'immobilité la plus absolue et par là même placées dans des conditions où la guérison des lésions se produit rapidement. Quant aux névralgiques pures, aux douleurs entretenues par l'arthritisme, il est évident que loin de contre-indiquer le traitement hydro-minéral, elles l'appellent.

La persistance des hémorragies contre-indique-t-elle les eaux minérales? Ici encore, il faut distinguer. Si l'on veut bien admettre qu'on ne demande à celles-ci et qu'on ne peut leur demander que d'agir sur le terrain, il est certain que les hémorragies d'une métrite nettement fongueuse, à lésions végétantes constituées, commandent l'abstention, même aux eaux salines fortes, dites décongestionnantes, ne fût-ce que que parce que c'est du temps perdu. Un bon curetage vaut mieux ici que dix saisons d'eaux. Mais les hémorragies dépendant de l'éréthisme de la circulation locale, de troubles vaso-moteurs, d'atonie de la fibre utérine, relèvent incontestablement de la cure thermale.

Dans les fibromes, par exemple, on sait que les hémorragies proviennent d'une muqueuse atteinte de ces lésions de pseudo-métrite qu'a signalées entre autres Wyder et qui, lorsqu'elles ne sont pas par trop anciennes, sont très avantageusement modifiées par le traitement salin.

Du fibrome lui-même, j'aime autant parler fort peu. Quand il est de faible volume, qu'il n'apporte que des troubles supportables et que la période, parfois avantageuse, de la ménopause, est proche, je crois qu'on peut autoriser l'emploi des eaux. Quand il est devenu encombrant et que l'état général se modifie, je crois qu'il y aurait responsabilité morale a laisser justifier par un inutile envoi aux eaux, même pour consoler la patiente, le reproche souvent adressé par les chirurgiens au traitement médical, qui est de faire perdre un temps précieux.

Après ce très court aperçu, allons nous aboutir à des conclusions précises, quoique générales, car systématiquement j'ai tenu à ne nommer aucune station et à ne lui rattacher aucune maladie,

ne voulant pas refaire ici la thérapeutique thermale des affections utérines.

Ma conclusion serait que, hors la période franchement inflammatoire fébrile et douloureuse, hors l'existence de lésions et de tumeurs manifestement irréductibles, il est possible d'envoyer les utérines aux eaux à toute époque de leur maladie. La gamme si riche de nos eaux françaises permet de satisfaire à toutes les indications et l'existence de nos stations thermales du sud-ouest, ouvertes toute l'année, laisse aux gynécologues persuadés de l'efficacité de ce moyen la latitude d'en user quand ils le jugent à propos, si les conditions sociales du sujet le permettent, bien entendu, postulat évident *à priori* de la présente étude.

C'est là une question d'indications dont le médecin est seul juge: je dis qu'il *peut*, cliniquement, décider le départ quand il le veut, aux restrictions près indiquées plus haut.

Mais ceci ne préjuge rien d'une autre question, très différente, et que je ne ferai qu'indiquer, ne pouvant la traiter ici tout entière. Il y a des cas où le traitement thermal ne vaut pas le traitement médical à domicile, ni le traitement chirurgical : il y a des cas où ils se valent: il y a ceux enfin où le traitement thermal est supérieur.

Pour le premier cas, qui vise les métrites fongueuses anciennes à muqueuse énormément épaissie, les cervicites entretenues par des déchirures du col, les déviations, les pyosalpynx, les ovarites avec lésions, les tumeurs, etc., la question n'a pas à se poser.

Quand les deux traitements se valent, (métrite catarrhale, paramétrite, salpingites anciennes torpides), le médecin se guidera sur ses tendances personnelles, les conditions sociales de la malade, voire même les préférences de celle-ci nettement affirmées.

Mais, dans les cas où le traitement thermal est supérieur à tout autre, et si, d'autre part, la position sociale du sujet laisse toute liberté à cet égard, la situation est très nette. Il faut que le médecin, mieux renseigné qu'il ne l'a été en général jusqu'ici, soit convaincu qu'il a dans la thérapeutique thermale un agent de premier ordre dont il doit, en conscience, ordonner l'emploi *de préférence*, et qu'il ait le courage de renoncer d'emblée à tous les moyens illusoires employés d'ordinaire, pour prescrire le départ aux eaux. Ces cas, à indications absolues, où le traitement thermal doit prendre le pas sur tous les autres parce qu'il est plus sûr, plus inoffensif et plus rapide, parce qu'il est celui que chacun de nous prescrirait à sa femme, à sa mère, à sa sœur ou à sa fille, sont plus nombreux qu'on ne le croit : je ne hésiterai pas y faire

entrer la leucorrhée des anémiques, la congestion utérine chez les arthritique, la paramétrite chronique, les troubles menstruels physiologiques, les douleurs ovariennes pures, etc.

A ceux-ci viendront s'ajouter les états pathologiques, justiciables souvent du traitement médical, mais restés rebelles chez certains sujets, en raison de leur état général : écoulements vaginaux tenaces chez les herpétiques et arthritiques, douleurs chez les nerveuses, ménorrhagies chez les scléreuses, etc.

En tout ceci, je trace volontairement des cadres très larges et laisse une part prépondérante au sens clinique du médecin. Celui-ci a, en cette matière, un guide sûr, qui le tirera toujours d'embarras. C'est la connaissance de ce fait que le traitement thermal agit essentiellement sur le terrain et uniquement sur lui. Dès lors, le choix des cas devient relativement facile. Étant données deux malades atteintes de congestion utérine non infectieuse, consécutive, par exemple, à une involution insuffisante, le clinicien doit pouvoir reconnaître en l'une, une déprimée, lymphatique, chez qui l'électrisation, la quinine, l'ergot réussiront admirablement ; en l'autre, une arthritique, chez qui Plombières, Néris sont indiquées d'emblée, sans perdre son temps en d'autres soins. Sans doute, à la rigueur, un traitement médical prolongé, l'hydrothérapie bien comprise, l'exercice, etc., arriveront aux mêmes résultats et il le faut bien, car toutes les malades ne peuvent aller aux eaux. Mais le médecin ne doit pas ignorer que celles qui peuvent le faire ont là, à leur disposition, une thérapeutique plus active, plus prompte, plus définitive que l'autre et que, toutes choses égales d'ailleurs, c'est celle-ci qu'il devra conseiller d'emblée.

Je pourrais multiplier ces exemples indéfiniment, mais chacun m'a déjà compris, car ce que je veux démontrer se ramène, en somme, à cette simple proposition : Beaucoup d'affections gynécologiques prennent des physionomies différentes selon les sujets, en raison du terrain sur lequel elles évoluent, et comportent alors des variations dans la thérapeutique, dont ce terrain fournit la première indication. Bien souvent, le gynécologue gagnera du temps en se montrant clinicien avisé, en songeant de suite à ce terrain, en orientant, dès le début, sa thérapeutique dans ce sens et en se souvenant qu'il a, dans l'action thermale, un agent très puissant, tel, qu'il peut être utile à la malade de le lui indiquer de très bonne heure, sans s'attarder à autre chose.

S'attarder : j'ai prononcé le mot qui, trop souvent, résume notre manière de faire avant de prendre une décision sur l'opportunité de l'entrée en scène de l'hydrologie. Pour combien de médecins

l'indication des eaux minérales repose-t-elle encore sur des considérations où la valeur de celles-ci et l'exécution d'un plan thérapeutique préconçu n'entrent pour rien? On envoie les malades aux eaux parce que les vacances du mari ou des enfants sont arrivées, ou simplement celles du médecin : parce que la malade n'est pas encore suffisamment préparée à une opération chirurgicale déjà décidée et qu'on veut paraître lui laisser une dernière chance de l'esquiver; parce que la malade est lasse du petit jeu du spéculum, du tampon, des séances de cautérisations, des crayons intra-utérins, et qu'on la sent s'échapper; trop souvent, en un mot, parce qu'on ne sait plus quoi lui faire, sauf de la chirurgie et qu'elle n'en veut pas, quelquefois même le médecin non plus.

Ce qu'il faut, au contraire, c'est que le médecin sache que beaucoup de cas de gynécologie relèvent de boune heure de l'action thermale, que celle-ci ne doit pas être un épilogue, ni un pis-aller de sa thérapeutique, mais un des agents classés parmi ceux dont son sens clinique lui fera admettre l'emploi dans son plan de la première heure, un de ceux enfin dont il doit user, chez bien des malades, s'il veut franchement leur faire gagner du temps.

Or, à cet égard, il y a bien des traditions injustifiées à détruire, bien des habitudes à perdre.

Je n'en veux citer que deux, mais topiques.

Pourquoi continuer à fixer au terme fatidique de vingt et un jours la durée de la cure thermale, comme s'il s'agissait d'une condamnation à des jours de prison, ce que les malades n'ont déjà que trop de tendance à s'imaginer? Est-ce que ce chiffre repose sur quoi que ce soit de scientifique? N'est-il pas évident qu'il y a des malades à qui quatre, six, huit semaines de traitement, coupées par des périodes de repos sagement ménagées, s'imposent, alors que d'autres, après le « coup de fouet » de quelques bains, ont retiré de la cure tout ce quelles étaient en droit d'en attendre? Où est la part de l'esprit clinique en ceci?

Cette fixation à vingt et un jours francs a bien d'autres inconvénients encore. Les malades, hypnotisées par un chiffre, ne veulent pas assez admettre qu'un repos quelconque puisse venir interrompre leur cure : il leur semble qu'alors elles perdent leur argent à l'hôtel. Quel est le médecin hydrologue qui n'a pas entendu des malades lui proposer naïvement de mettre les « bouchées doubles » pour gagner du temps et de prendre double ration de verres d'eau, sinon de bains?

Il y a aussi la question des époques menstruelles. Les femmes admettent facilement qu'il faut interrompre les bains à ce mo-

ment ; aussi calculent-elles leur départ de façon à faire tenir les fameux vingt et un jours entre deux époques. A mon sens, c'est là une grave erreur. D'abord l'interruption forcée de la cure, si elle est consacrée au repos, est une chose excellente : puis le traitement thermal, repris au lendemain même des époques, à ce moment critique où l'utérus s'est refait sa virginité mensuelle et se trouve si vulnérable pour les agents pathogènes comme pour les agents thérapeutiques, le traitement se présente alors, j'en suis convaincu, dans des conditions *de choix*.

Pour cela, il faudrait détruire la légende des vingt et un jours : il faudrait surtout que les médecins eux-mêmes commencent par ne pas y croire. De ce que l'action des eaux renferme un certain côté mystérieux, au point de vue biologique, il ne faut pas croire que tout doit être fatidique dans l'affaire : et bien loin de là, nos efforts, nos recherches, nos études doivent tendre chaque jour à faire cesser le mystère et à connaître les constantes de l'action thermale comme celles de tout autre agent médicamenteux.

Mais le médecin lui-même est-il bien préparé à faire entrer cette notion de l'hydrologie *scientifique* dans l'esprit du malade? Le médecin d'eaux, en France, a-t-il toujours tout ce qu'il faut pour cela : sa tendance n'est-elle pas trop souvent encore d'agir ostensiblement, comme s'il maniait un agent de pur empirisme où tout est tradition irraisonnée, sous le beau nom d'*expérience ?*

Il faut être juste cependant; le corps des médecins hydrologues français devient de jour en jour plus instruit et renferme aujourd'hui des personnalités scientifiques de premier ordre, pour qui les mois de chômage sont des mois d'étude, et c'est avec joie que nous avons vu disparaître définitivement le type ancien du vieil hydrologue demi-sorcier (étymologie : *sourcier!*) sorte de prêtre antique, gardien ignorant et avide du temple du génie des eaux?

En terminant, qu'on me permette maintenant une petite critique à l'adresse de nos confrères des eaux minérales. Je ne serai pas suspect d'hostilité contre leurs eaux, car il me semble que je viens de leur faire leur part assez belle. Mais je dois avoir le courage de dire que, chargés d'appliquer les cures prescrites à nos malades, certains les appliquent quelquefois bien mal et qu'à eux doit remonter une bonne part du scepticisme et de la méfiance que l'on rencontre encore chez certains médecins à l'égard des cures thermales en gynécologie.

Oh certes ! ils appliquent conscienscieusement le rythme balnéaire adopté dans l'endroit et s'informent scrupuleusement chaque matin de la santé. Au point de vue clinique, cela va moins

bien : les uns, très entreprenants, veulent ajouter à la cure — ce qui trahit au moins leur peu de confiance en elle — et manient le spéculum, le crayon, la bobine électrique, voire même la curette, avec une ardeur exagérée. Ce sont, je le sais, des exceptions désavouées officiellement par leurs pairs, — mais qui ne doivent plus exister. Il y a, par contre, les indifférents, qui négligent trop les adjuvants essentiels de la cure thermale, lesquels sont ici non le spéculum et le tampon, mais le repos, le calme du corps et de l'esprit, et n'imposent point assez énergiquement l'abstention d'excursions, de parties de plaisirs, de séances de casino, etc., pour ne pas gâter des relations amicales. On m'a cité telle station où des femmes des médecins organisent des thés et des *sauteries* pour les malades de leur mari.....

Que nos confrères se donnent la peine de voir d'un peu plus près dans quelles conditions de discipline rigoureuse s'accomplit la cure thermale dans les stations allemandes : ce n'est pas uniquement en faisant appel au patriotisme des médecins français qu'ils ramèneront une clientèle à des procédés dont les vices sont connus, mais en corrigeant radicalement ceux-ci.

Le corps médical d'une station devrait faire abstraction des rivalités personnelles pour conserver toute son autorité vis-à-vis de l'administration thermale et lui imposer un mode d'exploitation dans lequel on attendra le succès du nombre et de la beauté des cures obtenues, et non de l'attrait du casino, des petits chevaux et des artistes en tournée. Si les stations allemandes risquent de gagner du terrain sur nous, dans notre ancienne clientèle étrangère et même en France, c'est parce que le bruit se répand de plus en plus — injuste, je veux le croire — que l'on s'y soigne plus sérieusement.

Mais ce sont là des notions qui, heureusement, font leur chemin de jour en jour parmi nos confrères, conscients maintenant du danger et très disposés à réagir. Il y faut un long effort, mais il est nécessaire, car les gynécologues peuvent et doivent être pour la médecine thermale des pourvoyeurs de premier ordre, à la condition toutefois qu'il soient sûrs que cette puissante action des eaux, dont la connaissance se révèle et s'impose sans cesse davantage, s'exercera à la station dans toute sa plénitude, aidée — pas trop, — et surtout jamais contrariée.

ANALYSES

VULVE ET VAGIN

V. B. Semenovitch. — **Elephantiasis des grandes lèvres.** — (*Khirurghia*, *Juin*, 1902.)

Jeune fille de 23 ans; scrofuleuse dans l'enfance; à cette époque elle aurait eu des « plaies » aux grandes lèvres; a eu la rougeole et la variole. A l'âge de 14 ans a commencé l'augmentation du volume de la lèvre droite; puis bientôt la gauche se prit également. A 16 ans la malade a eu un érysipèle migrateur; a partir de ce moment l'augmentation du volume des grandes lèvres a marché à grands pas. Aucun autre trouble.

A l'examen on constate que la circonférence de la grande lèvre droite est de 60 centimètres, celle de la gauche 40 centimètres; la peau qui les couvre est ferme, épaissie.

Les deux tumeurs, enlevées jusqu'à leur base, pesaient 2680 grammes. Histologiquement, il s'agissait de prolifération conjonctive dans le tissu cellulaire sous-cutané et d'hypertrophie de la couche papillaire.

Mme El.

V. Vladimirov. — **Kystes des petites lèvres.** — (*Wratch. Gaz.*, 1902, nos 24-25.)

Il s'agit, dans le cas observé par l'auteur, d'une femme de 40 ans, multipare, ayant eu, après son dernier accouchement (il y a 14 ans), de la paramétrite. Depuis cette époque elle a souvent eu des douleurs dans le bas-ventre et parfois des métrorragies. Il y a huit ans elle s'est aperçue d'une petite tumeur blanchâtre de la vulve: cette tumeur a augmenté de volume d'abord lentement, puis, depuis 4 ans, plus rapidement; en plus sa couleur est devenue rosée, puis brunâtre. Il y a 18 mois la tumeur est devenue pédiculée et plus mobile par elle-même; elle augmente de volume pendant les règles.

A l'examen, on constate, à la face interne de la petite lèvre droite, une tumeur sphérique aplatie, élastique, brun violacé, à large pédicule, indolore.

A l'examen microscopique de la tumeur enlevée, on constate qu'il s'agit d'un astérome typique ne se distinguant que par la présence de pigments dans les cellules de la couche de Malpighi.

On ne connaît, jusqu'à présent, que 11 cas de ces tumeurs.

Mme El.

M. Tchlenov. — **Syphilis et éléphantiasis de la vulve.** — (*Med. Oboz.* 1902, n° 11.)

L'auteur rapporte une observation qui parle en faveur de l'origine syphilitique de l'elephantiasis de la vulve, origine d'ailleurs admise par un grand nombre d'auteurs allemands.

Dans le cas de l'auteur, cette étiologie devait être admise : 1° en raison des antécédents de la malade, 2° en raison de la nature des altérations histologiques des tissus. Le traitement par les injections de calomel a donné d'excellents résultats, mais ceci ne doit pas être considéré comme une démonstration de la nature spécifique de l'éléphantiasis, car le Pr Pospelov l'a vu réussir dans des cas d'éléphantiasis non syphilitique.

Tout en admettant cette étiologie pour le cas donné, l'auteur ne pense pas qu'il soit la seule qu'il faille, d'après Bondler et Waelsch, admettre pour l'éléphantiasis de la vulve.

Mme El.

Gustav Woyer. — **Cas de traumatismes de l'appareil genital chez la femme.** — (*Wiener med. Presse*, 3 *août* 1902.)

Dans un premier cas une femme de 29 ans pratiquait pour la première fois le coït qui fut suivi d'une hémorrhagie abondante. Au bout de trois heures, l'hémorrhagie ne cessant pas, l'auteur fut appelé et constata que le sang provenait de la présence d'une cloison vaginale médiane incomplète qui dans la première tentative de coït avait été complètement arrachée de la paroi vaginale antérieure. Quelques points de suture suffirent pour arrêter le sang : la plaie guérit par première intervention.

Le second cas concerne une femme de 25 ans qui tomba d'une chaise sur laquelle elle était montée. Dans cette chute, un des montants de la chaise pénétra dans les voies génitales. La blessée ressentit aussitôt une violente douleur et perdit abondamment du sang. Le frein du clitoris était déchiré : il existait une déchirure transversale profonde au-dessous de la symphyse ; l'urèthre n'était pas lésé. La lésion la plus grave était une déchirure de cinq centimètres intéressant toute l'épaisseur de la paroi vaginale. Cette dernière plaie et la déchirure du corps spongieux du clitoris fournissaient tout le sang de l'hémorrhagie. La malade guérit après un traitement approprié, sutures, tampons de gaze iodoformée.

L. J.

Josef Maren. — **Corps étrangers du vagin.** — (*Klin. ther. Wochen.*, 7 *septembre* 1902.)

L'auteur passe en revue les divers corps étrangers introduits habituellement dans le vagin et pouvant donner lieu à des accidents. Leur extraction est en général très facile, mais elle exige toujours l'emploi du spéculum pour plus de sûreté ; l'extraction se fait avec les doigts et des pinces. L'auteur cite un cas pour lequel il fut appelé. La femme portait un pessaire depuis 27 ans et dans les derniers temps elle avait fini par éprouver des douleurs en urinant et en allant à la selle. Le pessaire qui fut extrait non sans difficulté était recouvert d'une croûte calcaire. Les troubles disparurent deux ou trois jours après l'extraction.

UTÉRUS

OTTO STOEMMER. — **Cas de menstruation précoce.** — (*Münch. med. Woch.*, 17 *sept.* 1902.)

L'auteur rapporte le cas d'une fille de 10 ans qui eut ses premières règles à 1 an et demi et qui depuis cet âge a continué à les avoir sans aucun trouble de l'état général. L'enfant était très développée, pesait 21 kilos à quatre ans. A partir de l'âge de cinq ans les règles n'apparurent plus que toutes les 6 ou 8 semaines et duraient 3 à 4 jours. Bien que vigoureusement constituée, l'enfant, à six ans, présentait sur les membres inférieurs des traces de rachitisme. Les seins étaient très développés et les grandes lèvres portaient quelques poils assez longs. A l'âge de 8 ans les règles cessèrent tout à coup sans cause apparente. A cette époque le développement commença à se ralentir. Au point de vue intellectuel l'enfant était assez bien douée. L'auteur ajoute à ce cas ceux qu'il a trouvés dans les recueils. Dans quelques cas où l'on a fait l'autopsie on a trouvé des tumeurs des organes génitaux internes. Il est probable que ces tumeurs ont été l'occasion de l'apparition précoce de la menstruation. Dans quelques cas il existait des habitudes de masturbation.

L. J.

M. F. TAYLOR. — **Utérus bicorne, opération.** — (*Société gynécologique anglaise*, 9 *octobre* 1902.)

Une jeune fille de 17 ans, bien réglée depuis l'âge de 13 ans, éprouvait vers le 5e jour des douleurs qui devinrent intolérables. On constata à l'examen une tumeur du côté droit du fond de l'utérus rétrofléchi. On fit l'opération au bout de 3 mois d'observation. L'utérus était de volume normal, adhérait en rétroflexion au plancher pelvien, mais la tumeur présumée était une corne rudimentaire dont la cavité ne communiquait pas avec la cavité opposée. L'ovaire était normal. On enleva la corne sans la trompe ni l'ovaire, et l'utérus fut fixé en antéflexion. La jeune fille a guéri et depuis 8 jours se porte bien et a des menstrues régulières sans douleurs.

L. J.

M. GRENIER DE CARDENAL. — **Cas de fibromes multiples de l'utérus.** — (*Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 23 *juin* 1902.)

Chez une femme de 54 ans atteinte d'ictus apoplectique on constate dans le ventre l'existence d'une tumeur dure, bosselée, mobile, s'enfonçant dans le petit bassin. A l'autopsie, on enlève cette tumeur qui pèse 3 kil. 200 et qui est constituée par un nombre considérable de fibromes d'âges différents ayant envahi l'utérus. De celui-ci, le col seul a subsisté dans sa forme normale. La cavité utérine est très allongée et mesure 21 centimètres dans sa plus grande longueur.

L. J.

MM. LE ROY et POITEAU. — **Fibromyome œdémateux pédiculé de la corne utérine.** — (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 16 *août* 1902.)

L'observation a trait à une femme de 34 ans qui portait un fibromyome pédiculé de la corne utérine pesant 2 kil. 250 et mesurant dans

ses dernières dimensions 28, 19 et 12 centimètres. Le diagnostic n'a pu être fait avant l'opération en raison du peu de précision des symptômes. S'agirait-il d'une tumeur solide de l'ovaire ou d'un fibrome. La laparotomie curative seule permit d'établir que la tumeur était un fibrome pédiculé, sans rapport avec la cavité de la matrice, dont elle n'était qu'un prolongement aberrant de la paroi musculaire. Ainsi s'expliquent et l'absence de métrorrhagies et la très minime augmentation de la cavité de l'utérus observé. L'hystérectomie ne peut ainsi servir au diagnostic différentiel dans le cas de fibrome pédiculé.

L. J.

M. JOHN O. POLACK. — **Diagnostic précoce du cancer de l'utérus.** — (*New-York med. J.* 10 *juillet* 1902.)

De ce travail il résulte que le diagnostic précoce du cancer de l'utérus est possible ; que les premiers symptômes observés diffèrent selon que la maladie commence pendant la vie menstruelle de la femme ou après la ménopause. Pendant la vie menstruelle, il faut comparer chaque écoulement de sang avec ceux que la même femme a eus antérieurement. Tout écoulement sanguin et séreux dans l'intervalle des règles, doit être regardé comme suspect.

Après la ménopause, tout écoulement sanguinolent ou séreux est souvent caractéristique. Il faut soumettre à l'examen toute femme au-dessous de trente ans qui présente des irrégularités menstruelles ou une leucorrhée persistante. Enfin il faut limiter l'opération radicale aux cas dans lesquels la maladie est limitée aux tissus utérins. D'après Polak, la majorité des cas de cancer utérin est inopérable, et, dans ce dernier cas, le traitement palliatif de toute nature peut prolonger l'existence des malades, en arrêtant les hémorrhagies et en calmant la douleur.

L. J.

RIDDLE GOFFE. — **Rétroversion et rétroflexion de l'utérus.** — (*Acad. de med. de New-York,* 22 mai 1902.)

D'après l'auteur le ligament rond a pour fonctions de limiter l'excursion de l'utérus pendant la gestation et de retenir la masse intestinale derrière l'utérus. Le fond de l'utérus ne peut être déplacé que si le ligament utéro-sacré a été distendu. Les facteurs de cette distension sont : les affections suppuratives des annexes, la subinvolution des ligaments de l'utérus après l'accouchement, la présence d'une rectocèle due aux déchirures du périnée, les malformations congénitales de ce ligament. On a attaché peu d'attention à l'involution des ligaments de l'utérus, qui sont cependant composés de fibres musculaires et s'hypertrophient pendant la grossesse. Il faut donc s'assurer, après les couches, de l'existence de cette involution, qui est favorisée par les tampons de glycérine boriquée. L'auteur recommande l'emploi des pessaires, mais souvent un tampon remplit aussi bien et mieux l'indication.

J. L.

THEILHABER. — **Valeur clinique de la rétroflexion mobile de l'utérus.** — (*Munch. med. Woch.* 23 *juillet* 1902.)

L'auteur a fait remarquer que l'enclavement de l'utérus gravide en rétroflexion survient très rarement. Sur plus de 1.000 femmes qu'il a

soignées en neuf ans pour des rétroflexions utérines, il n'a observé en tout que deux fois l'incarcération de l'utérus gravide rétrofléchi. Dans la très grande majorité des cas, l'utérus se redresse de lui-même dans le troisième mois de la grossesse et se place en antéflexion. L'auteur a observé ce processus non seulement dans la rétroflexion mobile, mais dans la rétroflexion immobilisée. Les ligaments qui fixent le corps de l'utérus en arrière se relâchent pendant la grossesse. Il subsiste d'abord une rétroflexion partielle, mais peu à peu le dernier segment de l'utérus sort du bassin. Dans les cas très rares où l'utérus se trouve enclavé, il est encore douteux pour l'auteur, s'il y a eu réellement une rétroflexion avant la grossesse, car il arrive que l'utérus qui était antéfléchi avant la grossesse devient rétrofléchi au début de cette dernière Le plus souvent l'utérus se redresse spontanément et reprend sa position en antéflexion. Si l'enclavement a lieu, il survient rapidement des troubles intenses de la vessie qui obligent la malade à consulter. Dans la plupart des cas, il est facile de réduire l'utérus et de le fixer pendant quelque temps par un pessaire. Aussi l'auteur croit-il inutile de pratiquer la réduction de la rétroflexion utérine au début de la grossesse.

L. J.

AD. SCHULZE-WELLINGHAUSEN (Düsseldorf). — **De la perforation instrumentale de l'utérus.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 5 *juillet* 1902, *n°* 27.)

L'auteur a fait des coupes lui permettant d'examiner l'état du tissu utérin dans les cas de perforation de l'utérus par des instruments, sonde, curette. Il a évité les cas d'involution incomplète de l'utérus ou encore ceux où une néoformation bénigne ou maligne a modifié le tissu utérin.

Des deux cas, il s'agissait dans l'un d'un utérus portant les signes d'une sénilité prochaine, dans l'autre d'un organe en plein fonctionnement. Mais, dans les deux cas, l'examen microscopique a donné un tableau des lésions tellement ressemblant dans les principaux points, qu'il est permis d'en tirer des conclusions quant à la genèse et à la formation des lésions pathologiques. Le fait saillant, c'est, surtout au niveau du fond de l'utérus, au voisinage immédiat de la perforation, la disjonction considérable de la musculaire et l'infiltration œdémateuse ou exsudative de l'organe remplissant les espaces libres entre les fibres musculaires. Cette lésion va en s'atténuant à mesure qu'on s'éloigne du fond, pour disparaître tout à fait dans le bas de la région cervicale où elle est remplacée par une hyperplasie conjonctive prononcée.

Dans toutes les préparations, on trouve une altération plus ou moins considérable des vaisseaux, consistant surtout en un épaississement de la musculeuse, ou tunique moyenne; il y a en même temps hyperplasie de la tunique interne ou de l'adventice, surtout de celle-ci. C'est cette altération des tuniques vasculaires que l'auteur considère comme la lésion initiale; elle a été également constatée par Reinicke qui a observé en outre, une dégénérescence hyaline de la tunique médiane hypertrophiée avec disparition des noyaux; mais celle-ci constitue sans doute un stade plus avancé de la maladie. Reinicke désigne ces lésions sous le nom de sclérose des artères utérines. Il résulte de cette hypertrophie des tuniques vasculaires de graves troubles de nutrition, une hyperémie

passive du parenchyme utérin d'où disparition de la substance musculaire et infiltration séreuse, et dans la suite substitution du tissu conjonctif, aux différents stades de développement.

L'altération des tuniques vasculaires, lésion initiale, est, selon toute vraisemblance, la conséquence d'une involution défectueuse dans les deux cas de l'auteur. Entre des grossesses consécutives et rapprochées, l'utérus n'a pas eu le temps de faire sa régression. Au lieu de s'oblitérer, de perdre leur épithélium et de subir la dégénérescence hyaline des parois, les vaisseaux restent béants; des troubles circulatoires surviennent amenant l'altération caractéristique des vaisseaux, l'hypertrophie de la musculeuse.

M. B.

ANNEXES

DELFOSSE.— **Considérations sur trois cas de salpingite.** — (*Journal de soc. méd. de Lille*, 18 *octobre* 1902.)

En relatant 3 cas de salpingite avec autopsie, l'auteur attire l'attention sur l'anatomie pathologique de cette affection. Ce qui domine dans ces 3 cas de salpingite de forme différente, c'est la présence de cellules embryonnaires, puis l'hypertrophie des plis folliacés de la muqueuse, enfin l'hypertrophie des couches musculaires. La forme de la lésion est différente suivant la prédominance de tel ou tel tissu; forme hypertrophique, forme suppurée, salpingite catarrhale aiguë avec dilatation. Il se pourrait que ces 3 formes fussent les différents degrés d'une seule et même forme, la lésion catarrhale se transformant en lésion purulente, celle-ci à son tour perdant son aspect pour devenir hypertrophique. Après avoir insisté sur l'existence d'adhérences dans la forme hypertrophique et suppurée, l'auteur conclut qu'il est prudent d'enlever l'organe malade dès que le diagnostic est porté et dans la crainte de voir l'état s'aggraver souvent par suite d'adhérences.

L. J.

M. CARL HENNIG. — **Les myxomes des ovaires.** — (*Munch. med. Woch.*, 16 *juillet* 1902.)

L'auteur, après avoir observé un cas de myxome des ovaires, passe en revue nos connaissances sur ce sujet. Les kystes gélatineux des ovaires, sont rares, ils se montrent à tout âge; un cas de Schwartz, de Gœttinguet a trait à une enfant âgée de quatre ans, dont l'utérus avait le volume d'un utérus adulte. On a observé deux cas à 12 et à 13 ans; les autres cas concernent des femmes dont l'âge a varié de 20 à 60 ans. La fonction sexuelle paraît sans influence sur le développement des myxomes de l'ovaire. La rapidité du développement de la tumeur est variable et oscille entre quelques mois et quelques années. La menstruation se comporte d'une façon variable : dans un petit nombre de cas elle a fai complètement défaut. Les tumeurs siègent aussi souvent à droite qu'à gauche : dans un cas elles avaient atteint les deux ovaires. La plupart des kystes étaient cloisonnés, quelques-uns avaient des enveloppes musculaires. Dans quelques cas le contenu du sac était ichoreux: dans la plupart des cas la réaction est alcaline. La face interne de la poche est revêtue d'épithelium cylindrique. Le poids des tumeurs a varié de

un demi à 15 kilogrammes. Le pronostic opératoire n'est pas très favorable. L'auteur rapporte un cas opéré par lui avec succès chez une femme de 61 ans. L. J.

MM. Lewis et Le Conte. — **Infection de kystes de l'ovaire pendant la fièvre typhoïde. Opération, guérison.** — (*The Ann. J. of the med. Sc., octobre* 1902.)

Dans un premier cas, une femme de 28 ans atteinte de fièvre typhoïde présente à la quatrième semaine des signes d'hecticité et de la douleur dans la région pelvienne. Le toucher vaginal révéla une masse fluctuante dans le cul-de-sac de Douglas, refoulant l'utérus en avant. La résistance des muscles abdominaux ne permet pas d'examiner convenablement la tumeur. L'abcès fut ouvert par la paroi postérieure du vagin le trente-septième jour de son admission. Il s'écoula un pus verdâtre, caséeux. En introduisant le doigt par l'ouverture, on sentit la présence de cartilages et d'os dans la paroi du kyste. Le pus contenait le bacille typhique en grande quantité. Au bout de quelques jours la fièvre se ralluma, la rate se tuméfia de nouveau, il y eut une rechute de la fièvre typhoïde et la malade entra en convalescence trente-sept jours après l'évacuation du pus. Plus tard on constata que l'ovaire gauche avait été le siège du kyste suppuré dans la suite; il s'agissait d'un tératome de l'ovaire.

Cette opération soulève certains points intéressants, notamment la cause de la fièvre après l'évacuation du pus. Le diagnostic de la rechute ne pût être fait qu'après quelques jours d'observation.

Dans un second cas, une femme de 30 ans est atteinte de fièvre typhoïde, avec rechute au trente-septième jour. Quelques jours après, surviennent des frissons, des douleurs abdominales, de la diarrhée qui font penser à une complication. La palpation bimanuelle révèle dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur douloureuse et fluctuante. A l'opération par voie abdominale, on trouve un kyste volumineux adhérent au rectum et à la trompe gauche. Dans les tentatives faites pour l'extraire, le kyste se rompit et donna issu à un liquide caséeux, couleur café. L'examen du pus contenu dans ce kyste a montré le bacille typhique en culture pure. La malade guérit complètement. L. J.

M. Ch. Lefèvre. — **Kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule : opération.** — (*Soc. anatomo-clin. de Lille*, 28 *mai* 1902.)

Femme de 57 ans souffrant de douleurs vives dans le ventre, qui a augmenté de volume et a atteint 109 centimètres. Les douleurs ont obligé la malade à se faire opérer. Le degre de torsion du pédicule n'était pas très marqué. Il n'existait pas de sang mélangé au liquide du kyste. Un énorme caillot noirâtre de la largeur de la paume de la main et d'une épaissenr de cinq centimètres tapissait la paroi interne de la poche, qui renfermait environ 10 litres de liquide. Il y avait apoplexie du kyste, plutôt qu'un arrêt complet de la circulation. L. J.

M. Delétrez. — **Kyste ovarique stimulant une appendicite aiguë.** — (*Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles*. 15 *octobre* 1902.)

Malade âgée de 18 ans, douleurs subites violentes du côté droit, ballonnement du ventre, diarrhée, température 38°. On traite la malade

pour une appendicite. M. Delétrez intervient, croyant à une péritonite généralisée consécutive à une appendicite. A l'incision iliaque, issue de liquide ascitique et présence d'une tumeur violacée, kystique, se continuant dans l'abdomen. On referme en 3 plans et on fait une laparotomie médiane. Kyste de l'ovaire gauche, adhérent au péritoine pariétal. Le pédicule est tordu 3 fois. Ablation du kyste : on extirpe une partie de l'ovaire droit parsemé de petits kystes. La malade sort guérie au bout de 15 jours. La difficulté du diagnostic fait l'intérêt de l'observation.

L. J.

MM. Delfosse et Bonnet-Laborderie. — **Tumeur végétante de l'ovaire, ablation, guérison.** — (*Journal des sc. méd. de Lille*, 27 *sept*. 1902.)

Une femme de 44 ans ayant eu 9 enfants tous venus à terme, dont 7 vivants, voit son ventre grossir à la fin de la journée, devenir douloureux. Des ponctions faites à plusieurs reprises ramenèrent chaque fois 6 à 7 litres qe liquide. Pas de sensation de flot. Circonférence abdominale : 108 centimètres. Diagnostic : tumeur végétante de l'ovaire.

Opération par Duret. Ecoulement de dix à douze litres de liquide ascitique, sanguinolent : après quoi, on découvre une tumeur végétante, du volume du poing, occupant l'ovaire droit et s'étendant le long du ligament large. On enlève les annexes des deux côtés : l'ovaire gauche était simplement atrophié. L'observation est intéressante en ce qu'il est rare que les deux ovaires ne soient pas atteints à la fois. Les circonstances qui ont été favorables à l'opération sont la lenteur relative de l'évolution de la tumeur qui ne s'est pas greffée sur les régions du voisinage, la précocité relative de l'intervention qui est arrivée avant que la tumeur ait eu le temps de diffuser et de revêtir des caractères malins. De véritables cellules cancéreuses revêtaient la base du papillome.

L. J.

Mandillon. — **Kystophagie.** — (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 30 *mai* 1902.)

L'auteur rapporte sous ce nom l'observation d'une malade atteinte d'un kyste de l'ovaire qui contenait environ quarante litres de liquide. Le fait se passait bien avant qu'on connût la laparotomie. La malade eut un jour un rétrécissement œsophagien complet dû à un néoplasme, et toute alimentation par la bouche devint impossible. Elle vécut pendant quarante jours sans prendre aucun aliment. Lorsqu'elle mourut, il n'existait plus traces de liquide dans le kyste. La malade s'est donc nourrie pendant ces quarante jours aux dépens de son kyste.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

M. Coyteux-Prévost. — **Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine.** — (*Bulletin médical de Québec, juillet* 1902.)

Ce travail est basé sur 14 observations et aboutit aux conclusions suivantes : Le médecin ordinaire, tout comme le spécialiste, doit être en mesure de reconnaître la grossesse extra-utérine au début, afin de pratiquer ou réclamer une intervention opportune et efficace.

On ne saurait d'une manière certaine affirmer l'existence de la grossesse ectopique en l'absence de douleur, symptôme qui ne manque presque jamais.

L'apparition de la douleur, quelle que soit son intensité, ne signifie nullement que la grossesse est rupturée, même quand cette douleur est accompagnée de tendance à la syncope, la réaction subjective des lésions de l'appareil tubo-ovarien étant soumise à des suceptibilités individuelles et d'observation journalière.

Etant donnée la probabilité de la récidive, et puisqu'on ne saurait affirmer l'intégrité des annexes par un simple examen macroscopique, ne vaut-il pas mieux, dans le cours d'une opération pour grossesse extra-utérine, enlever en même temps la trompe du côté opposé?

Dans l'immense majorité de ces cas, l'hématocèle rétro-utérine doit être considérée comme le produit d'une grossesse ectopique, même en l'absence de signes positifs révélés par l'examen microscopique.

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée doit être opérée. Ce traitement indiqué par la chirurgie contemporaine n'engage nullement la responsabilité morale du chirurgien, le fœticide dans les cas de ce genre étant, selon les théologiens, absolument licite.

L. J.

EDWARD P. DAVIS. — **Conditions simulant la grossesse extra-utérine.** — (*The Amer. J. of the med. sc., octobre* 1902.)

On croit aujourd'hui que la plupart des cas d'hématocèle pelvienne sont le résultat d'une grossesse extra-utérine. Il n'en est pas toujours ainsi. Dans un cas l'auteur n'a trouvé ni fragments d'embryon ni caduque dans le liquide sanguin évacué par la voie vaginale. Diverses causes peuvent déterminer une irritation du péritoine pelvien qui aboutit à la formation d'une hématocèle. Dans un autre cas c'est un abcès de l'ovaire droit qui a simulé cette lésion, sans qu'on ait trouvé sur les organes enlevés de traces de grossesse. L'hématocèle peut ainsi se produire avant la menstruation à la suite d'efforts ou de fatigues excessives; l'extravasation sanguine est favorisée par l'altération antérieure des tissus.

L'hématome des parois abdominales au cours ou au début d'une grossesse peut être une cause d'erreur. La rétroflexion de l'utérus peut encore simuler l'hématocèle. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine peut être fait immédiatement par la laparotomie exploratrice, qui est justifiée dans certaines conditions. S'il existe une rétroflexion de l'utérus, on peut alors la réduire.

L. J.

M. WEISS. — **Grossesse extra-utérine rompue, hémorrhagie cataclysmique, laparotomie, mort.** — (*Revue méd. de l'Est, 1er août* 1902.)

Il s'agit d'une femme ayant eu déjà trois enfants et, qui de nouveau prise de symptômes de grossesse, était en observation sur le diagnostic de simple rétroversion. Cette femme fut prise d'accidents d'hémorrhagie interne; à l'examen : matité dans les deux flancs, tuméfaction hypogastrique, tumeur rénitente du cul-de-sac postérieur. M. Weiss diagnostique une grossesse extra-utérine rompue depuis 7 heures avec hémor-

rhagie cataclysmique et pratique immédiatement la laparotomie, malgré l'état de collapsus de la malade. Il retire de la masse de caillots un fœtus de cinq mois. L'opération a durée vingt minutes. Des injections de sérum furent faites, mais la malade succomba le lendemain.

La malade a succombé à l'hémorrhagie et peut-être la mort aurait-elle pu être prévenue par une intervention plus précoce.

L. J.

ÉTAT GÉNÉRAL — PHYSIOLOGIE

Charles Cox. — **Relation du nez avec les organes sexuels.** — (*Brooklyn med. J., juillet* 1902).

L'auteur résume dans ce travail les faits qui tendent à démontrer la relation indiquée. Pendant la menstruation, les cornets peuvent être assez congestionnés pour que la respiration soit génée. La douleur de tête pendant la menstruation est souvent due à cette congestion de la muqueuse nasale. La menstruation vicariante se traduit par des épistaxis. Des réflexes du nez ont été notés pendant l'excitation génitale. Les affections nasales ont été souvent influencées par la menstruation, les troubles utéro-ovarien et la ménopause; elles s'aggravent souvent pendant ces périodes. Trousseau avait noté l'aggravation de la fétidité de l'ozène pendant la menstruation. Après la ménopause, Cox a constaté que tous les symptômes de l'ozène s'amendent. Les douleurs de la dysménorrhée peuvent être calmées par des applications intra nasales ainsi que l'ont montré Schiff, Fliess et d'autres. Dans 34 cas sur 37, Schiff a obtenu la disparition rapide de la douleur dysménorrhéique par l'application de la cocaïne sur les points génitaux du nez. La douleur hypogastrique est calmée par la cocaïnisation des cornets et la douleur sacrée par celles des tubercules de la cloison. Chrobak cite des résultats analogues. La castration chez les jeunes animaux amène un arrêt du développement du tissu érectile du nez.

L. J.

Kennedy Dalziel. — **Influence des maladies de l'ovaire sur le côlon.** — *Société gynécologique de Glasgow*, 28 *mai* 1902.

L'auteur publie trois cas démontrant l'influence des lésions de l'ovaire sur le côlon. Dans le premier cas une femme neurasthénique souffrait de colite, douleur rectale, ténesme, diarrhée muqueuse. Le rectum était normal. A l'ouverture de l'abdomen, le côlon était normal: on enleva un ovaire malade. En dix jours tous les troubles disparurent. Le second cas est celui d'une nourrice souffrant de colite depuis deux ans. L'appendice avait été enlevé par un chirurgien sans succès. La malade allait à la selle huit ou dix fois par jour avec du sang ; température inférieure à la normale, pouls irrégulier, fréquent. A la laparatomie, le côlon était normal : les deux ovaires malades furent enlevés. Deux jours après, la diarrhée cessa et l'état général s'améliora. Aujourd'hui la malade est complètement guérie. Le troisième cas est analogue.

L. J.

M. Krivochème. — **Acétonurie au cours des affections gynécologiques.** — (*Rous. Wratch.*, n° 31.)

Sur 70 cas examinés, l'acétone a été trouvée dans les urines de 28 malades (la recherche a été faite à l'aide de la réaction de Lieben). Sur ces 28 malades, 19 étaient atteintes de fibromes utérins, 2 de cancer, 2 de sarcome de cet organe, 2 de sarcome du péritoine, une de cystosarcome de l'épiploon, une d'endothéliome de l'ovaire et une de cancer du péritoine.

La présence d'acétone, dans les cas de tumeur maligne, s'explique par l'oxydation insuffisant des albuminoïdes ; si on n'en a pas trouvé dans 6 cas sur les 6 examinés, c'est que l'affection n'était encore, chez ces 6 malades, qu'au début.

L'acétonurie chez les femmes atteintes de fibrome utérin, est plus difficile à expliquer, d'autant qu'elle a persisté après l'ablation de la tumeur. Elle semblerait cependant résulter de l'anoxhémie, consécutive à la diminution d'hémoglobine et aux altérations dégénératives des vaisseaux et du cœur, qu'on a constatées chez les femmes atteintes de fibromes.

Mme El.

M. Bland Sutton. — **Tumeurs de l'ovaire et cancer du sein.** — (*Société médicale de Londres*, 13 *octobre* 1902.)

Les tumeurs secondaires des ovaires à la suite du cancer du sein, du pylore, et de l'utérus existeraient dans la proportion de 10 p. cent. Bland Sutton relate une de ces observations chez une femme de 43 ans qui avait été opérée 9 ans auparavant d'un cancer du sein droit. Dernièrement, elle se plaignait de douleurs abdominales et de menstruations profuses. Une tumeur qui occupait la région hypogastrique fit des progrès rapides. On fit une double oophorectomie : la tumeur occupait le sein droit, il n'y avait pas de signes d'infection secondaire. La malade se rétablit complètement et jouit depuis plusieurs mois d'une bonne santé. A l'examen, la tumeur présentait la structure du cancer mammaire. Il n'y avait aucune trace d'induration dans la cicatrice du sein. L'auteur conclut de plusieurs observations que lorsqu'une femme a subi l'ablation du sein pour un cancer, elle est cinq fois plus exposée à avoir des métastases secondaires dans les ovaires que dans l'autre sein.

L. J.

M. Oui. — **Utérus fibromateux et hémorragie de l'ovaire.** — (*Echo médical du Nord*, 19 *octobre* 1902.)

Présentation de pièces provenant d'une femme opérée à 33 ans. Douleurs abdominales violentes coïncidant avec les époques menstruelles. Utérus volumineux fibromateux. Ovaire transformé en une poche sanguine du volume d'un œuf. Ablation de l'ovaire et hystérectomie totale.

L. J.

M. Sellheim. — **Diagnostic et traitement de la tuberculose génitale.** — (*Congrès des naturalistes et médecins allemands tenu à Carlsbad*, 21-27 *septembre* 1902.)

Les indices qui rendent très vraisemblable la nature tuberculeuse d'une inflammation pelvienne chez la femme, sont la tuberculose des

parents avec lesquels vivent les femmes atteintes, et la présence de lésions tuberculeuses dans d'autres organes. Des vices multiples de conformation se rencontrent souvent chez des personnes tuberculeuses et on a souvent constaté, à l'opération, des lésions génitales tuberculeuses, chez des femmes qui présentaient en même temps des anomalies. En dehors de la péritonite tuberculeuse qui se développe généralement dans toute tuberculose génitale, on recherchera les nodosités caractéristiques surtout sur la face postérieure du ligament large, des ligaments utéro-sacrés et de la face postérieure de l'utérus. On rencontre souvent dans la tuberculose des nodosités dans la portion utérine de la trompe. L'examen microscopique de la muqueuse utérine est toujours nécessaire dans la tuberculose des trompes et du péritoine.

La constatation de la tuberculose utérine peut modifier le pronostic et le traitement.

L'auteur a soigné dans ces huit dernières années 65 femmes atteintes de tuberculose génitale. Le résultat du traitement palliatif dans 28 cas fut encourageant au point de vue de la disparition des troubles, de la reprise du travail et de la guérison relative des organes atteints. Sur 37 cas opérés, les résultats furent également bons.

Lorsqu'on est obligé d'opérer, il conviendra de pratiquer la cœliotomie abdominale pour enlever l'utérus et les annexes malades. Les résultats favorables concordent avec les observations faites sur les foyers tuberculeux des autres régions, lorsqu'on enlève ces productions avec le bistouri comme une tumeur maligne.

A la suite de cette communication, M. V. Rosthom a insisté sur la difficulté du diagnostic. La présence des bacilles dans la sécrétion utérine ne se rencontre que dans les cas très avancés habituellement ; leur absence n'a pas grande valeur. Il reste surtout l'anamnèse, la tare héréditaire, etc. Le diagnostic devient vraisemblable s'il existe un habitus infantile, de l'hypoplasie de l'utérus, surtout quand il n'y a jamais eu d'infection blennorrhagique. Les nodosités sont souvent très difficiles à palper. Les adhérences solides ne constituent pas un signe différentiel utilisable. Il faut en résumé un examen très soigneux et une longue observation pour reconnaitre avec certitude un cas de tuberculose génitale. Le traitement doit être opératoire et le plus radical possible dans les cas avancés.

M. Jung a fait remarquer que la difficulté de diagnostic est d'autant plus grande que souvent on n'obtient pas de résultat avec les injections de tuberculine. D'autre part on a trouvé des bacilles tuberculeux dans les produits du curettage de l'utérus dans des cas qui ne paraissaient pas tuberculeux.

L. J.

M. Adenot. — **Tuberculose primitive de l'utérus. Péritonite et lésions tuberculeuses diverses secondaires.** — (*Gazette hebdom.*, 11 *sept.* 1902.)

Jeune fille de 17 ans, prise de douleurs subites abdominales se généralisant bientôt à tout l'abdomen, pas de vomissements, diarrhée habituelle, puis constipation, ventre tendu, pas de fièvre. Pas de signes de ramollissement des sommets. Diagnostic: tuberculose péritonéale ascitique. Laparotomie, amélioration passagère. Évolution d'une tubercu-

lose pulmonaire mortelle, deux mois après l'opération. A l'autopsie, utérus infiltré de matières caséeuses dans toute son étendue. On dirait une large ulcération caséeuse occupant toute la surface interne du corps de l'utérus. Du côté du col on constate simplement des phénomènes inflammatoires. La présence de lésions caséeuses considérables est plutôt en faveur d'une lésion tuberculeuse primitive du fond de l'utérus, d'autant plus que cette lésion concorde avec tous les autres phénomènes relatés par l'autopsie et notamment avec l'absence de gros foyers caséeux sur quelque autre organe. Les lésions des poumons se sont présentées sous la forme nodulaire diffuse manifestement secondaire. Les antécédents génitaux de cette malade font défaut. Cependant, malgré son jeune âge, l'hymen était absent et l'autopsie a permis de considérer comme probable une grossesse antérieure.

L. J.

THÉRAPEUTIQUE — CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

WALTER ALBERT (Dresden). — **Levure sèche stérilisée et son utilisation dans le vagin.** — (*Centralb. für Gynäk.*, 16 *août* 1902, *n°* 33.)

L'auteur confirme après une expérience plus longue, les bons résultats qu'il a obtenus par l'emploi de la levure sèche stérilisée dans les maladies inflammatoires du vagin et du col, ainsi qu'il les a déjà signalés il y a environ un an. Dans l'intervalle, L. Geret, assistant à l'Institut d'hygiène de Munich a expérimenté la levure *in vitro*, et montré qu'elle possède un réel pouvoir bactéricide.

On a essayé de simplifier la méthode en introduisant dans le vagin une mèche de gaze trempée préalablement dans la bouillie, mais une trop petite quantité de levure exerce ainsi son action sur la paroi vaginale et l'auteur préfère le procédé indiqué par lui. Il a continué à l'appliquer surtout dans les cas de pertes blanches persistantes avec érosions du col ; en 5 à 6 applications du traitement, les pertes avaient cessé ; même de très larges érosions étaient guéries après de 1 à 3 applications.Dans les cas où les organes internes, cavité cervicale, utérus,etc., sont, eux aussi, malades, il convient de les soumettre à un traitement approprié. L'auteur se servait dans ce but des sondes de Playfair et obtenait de bons résultats avec une solution de nitrate d'argent à 2 jusqu'à 10 %. Mais la guérison était longue à obtenir. Aussi se propose-t-il à l'avenir d'appliquer le traitement récemment indiqué par Menge, à savoir la cautérisation de toute la cavité utérine à l'aide de coton trempé dans une solution de formaline à 30 jusqu'à 50 % fixé à des porte-coton en caoutchouc durci.

Depuis environ quatre mois la levure est employée pour la désinfection du vagin chez des femmes devant être opérées par la voie vaginale. La veille de l'opération, après un lavage à l'eau chaude on injecte la levure qu'on n'enlève que le lendemain matin à l'aide d'une injection d'eau stérilisée. C'est surtout quand il s'agit d'une colporraphie que la méthode convient; la muqueuse se trouve en parfait état, alors que par la désinfection immédiatement avant l'opération, l'épithélium subit plus ou moins de pertes de substance. De plus cette désinfection entraîne une hypéremie de la muqueuse et par suite une perte de sang

plus abondante durant l'opération. Dans 62 laparotomies et 53 opérations vaginales, la levure a été employée et les résultats ont été plutôt meilleurs qu'avant. La colporrhaphie a donné des guérisons particulièrement belles.

M. B.

JONNESCO. — **Traitement du cancer de l'utérus.** — (*Congrès de Rome*).

Avant de faire la critique des diverses méthodes opératoires en montrant leur efficacité et leurs indications, l'auteur s'arrête tout d'abord à quelques considérations au point de vue de l'extension du cancer utérin : locale, régionale et lointaine (ganglionnaire, viscérale), et sur les récidives après opération.

L'extension du cancer utérin. — Il y a une différence indiscutable à ce point de vue entre le cancer du corps et celui du col de l'utérus. *Le cancer du corps* est certainement le plus bénin ; il a peu de tendance à l'extériorisation ainsi qu'à la récidive post-opératoire. Toutes les statistiques le prouvent ; mais c'est une forme relativement rare.

Le cancer du col, au contraire, a une grande tendance à l'extension rapide, soit locale, vers le corps de l'utérus, soit régionale, vers le paramètre et les viscères voisins : vessie, rectum, soit lointaine, dans les ganglions lymphatiques proximaux ou distaux, ou dans les viscères éloignés (métastase par voie sanguine). Les récidives post-opératoires sont plus rapides et plus fréquentes. Suivant son siège initial, le cancer du col aurait plus ou moins de tendance à l'extension et à l'extériorisation. Ainsi le cancer de la *portion vaginale* a une marche moins rapide et une moindre tendance à l'extension locale ou régionale, mais une plus grande tendance à la récidive.

Le cancer de la *portion sus-vaginale* du col est un adéno-carcinome de nature très maligne ; il envahit rapidement le corps de l'utérus, le tissu péri-utérin, la vessie, le rectum, mais il récidive moins souvent.

L'envahissement du paramètre a une grande importance pratique, car d'après l'état du tissu cellulaire de la base des ligaments larges et des ligaments utéro-sacrés, on peut préciser les indications opératoires et le choix de l'intervention.

L'extension paramétrique entraîne nécessairement *l'envahissement des organes voisins* soit par le processus néoplasique, soit par le processus inflammatoire amenant l'englobement d'un ou des deux uretères et l'adhérence de la vessie ou du rectum à l'utérus cancéreux.

Envahissement ganglionnaire. Le système lymphatique est la voie de propagation habituelle du cancer. Cette règle absolue est-elle applicable au cancer utérin ? Et si cette extension se produit, à quelle époque du développement du cancer ce retentissement a-t-il lieu ? Telle est la question à l'ordre du jour et qui doit déterminer le chirurgien dans le choix de son intervention. Il est incontestable que, dans les cancers étendus et anciens de l'utérus, l'envahissement des ganglions pelviens est la règle ; mais cet envahissement se produit-il dès le début du cancer utérin ou seulement plus tard ?

En se basant sur ses recherches, Wertheim pose les conclusions suivantes :

1° Dans un certain nombre de cas de cancer utérin, les ganglions régionaux sont pris relativement de bonne heure ;

2° Dans les cancers, même au début, les ganglions peuvent être pris;

3° Ssuvent, on ne peut dire d'avance si les ganglions sont pris, et l'examen microscopique seul peut assurer la chose;

4° L'état du paramètre, tel qu'on le constate par la palpation, ne permet pas de déduire l'état des ganglions, ni même d'affirmer si les paramètres sont cancéreux ou non : car des paramètres épaissis peuvent être libres de cancer et les non infiltrés être cancéreux.

« Voici maintenant les résultats de mes observations personnelles : j'ai pratiqué trente-huit fois l'extirpation de l'utérus cancéreux par la voie abdominale; j'ai toujours trouvé des ganglions appréciables au palper dans l'épaisseur du tissu conjonctif enlevé.

Les ganglions ont été étudiés par des coupes en série dans 13 cas. Dans 8 cas, les ganglions étaient cancéreux; dans les 5 autres, quoique l'hypertrophie fût souvent volumineuse, ils étaient indemnes. Donc, dans 61,5 % des cas, les ganglions étaient cancéreux.

Le volume des ganglions n'était pas en relation directe avec leur état. Des ganglions volumineux n'étaient pas cancéreux, tandis que des petits ganglions à peine appréciables contenaient des éléments néoplasiques. Ainsi, ni l'examen clinique pré-opératoire ni la vue directe après l'ouverture de l'abdomen, ni même la palpation directe ne pouvaient fournir des indications utiles sur l'état des ganglions. Le microscope seul a pu le plus souvent déterminer l'état exact des ganglions.

En résumé, l'étude que nous venons de faire nous amène aux conclusions suivantes :

a) L'envahissement ganglionnaire est fréquent : 31,5 % des cas (Wertheim), 61,5 % (Jonnesco);

b) Les ganglions peuvent être pris même dans les cancers limités sans aucune infiltration du paramètre;

c) L'infiltration même cancéreuse du paramètre n'implique pas l'envahissement des ganglions par le néoplasme;

d) L'envahissement ganglionnaire peut être précédé par la thrombose cancéreuse des vaisseaux et espaces lymphatiques péri-utérins. Cette dernière peut exister sans infiltration paramétrique ni dégénérescence ganglionnaire;

e) Le volume des ganglions n'est pas en rapport direct avec leur envahissement par le néoplasme;

f) Il n'y a pas d'étapes régulières dans la marche de l'envahissement ganglionnaire : les ganglions distants peuvent être dégénérés alors que les proximaux sont indemnes;

g) Le siège, l'étendue et la forme clinique du cancer du col n'ont aucun rapport direct avec l'envahissement des ganglions lymphatiques;

h) Vu l'incertitude dans laquelle on se trouve sur l'existence ou la non-existence d'une propagation paramétrique et ganglionnaire, tant cliniquement qu'après l'examen direct même, la seule intervention rationnelle dans le cancer opérable de l'utérus, c'est l'extirpation par la voie abdominale avec évidement complet lombo-pelvien.

Les récidives du cancer de l'utérus, après les interventions opératoires s'observent très souvent. La connaissance exacte de leur fréquence, de leur nature et de leur siège est d'une grande importance, car elle

permet d'en déduire la méthode opératoire par laquelle on peut espérer pouvoir les éviter.

Technique opératoire. — Voici quelle est ma technique opératoire, telle que je la pratique dans tous les cas, sans exception.

1° *Soins préparatoires.* — Pendant deux ou trois jours avant l'opération, le vagin est désinfecté deux fois par jour par des lavages abondants au permanganate de potasse et à l'eau oxygénée, et tamponné à la gaze iodoformée après chaque irrigation. Le jour de l'opération et peu avant, on pratique le dernier lavage vaginal et on tamponne le vagin sans le distendre; en même temps, on procède au nettoyage de la paroi abdominale par des lavages au savon de potasse stérilisé et à la brosse pendant dix bonnes minutes, puis on lave largement à l'alcool et au sublimé et on applique des compresses stérilisées de gaze sur le ventre recouvertes de gutta-percha, le tout maintenu par un bandage de gaze destiné à être coupé et enlevé sur la table d'opération.

2° *Laparotomie* (se fait en position déclive).

Le péritoine ouvert, ses lèvres sont fixées par des petites pinces à dents spéciales à la peau de chaque côté pour fermer chaque lèvre de la plaie de la paroi. Ensuite mon aide et moi, chacun de son côté, nous montons les pièces de mon écarteur; les valves fortement tirées de chaque côté sont fixées au support, produisant ainsi un écartement énorme des lèvres de la plaie abdominale et découvrant largement toute l'entrée du petit bassin, une grande partie des fosses iliaques et de la région lombaire médiane.

3° *Isolement des annexes, section des ligaments infundibulo-pelviens et ronds entre ligature, section des ligaments larges.* — Le côlon pelvien est relevé et renversé avec la masse intestinale grêle vers le diaphragme; le champ opératoire est isolé parfaitement du reste de la cavité abdominale par de larges compresses de gaze stérilisées. Le fond de l'utérus est saisi dans les mors d'une grande pince courbe de Museux et attiré en haut et en avant par la main gauche de l'opérateur, pendant que, de la main droite, on cherche à libérer les annexes. Les annexes libérées, l'utérus se désenclave facilement. On confie à l'aide le Museux, qu'il attire à gauche et en haut, pendant que les doigts de la main gauche de l'opérateur saisissent le bord libre du ligament large droit, le soulèvent et le tirent en dedans, pour tendre le ligament infundibulo-pelvien de ce côté. L'aide, pendant qu'il tient le Museux de la main gauche, nous présente avec sa droite l'aiguille de Deschamps, qu'il a armée préalablement d'un catgut n° 0. L'aiguille est passée d'arrière en avant sous le pédicule vasculaire annexiel (utéro-ovarien) à travers les deux feuillets péritonéaux du ligament infundibulo-pelvien. Le premier fil est passé et noué le plus près possible des flancs du bassin. Un deuxième fil est passé de la même manière à 1 centimètre en dedans du premier et le ligament infundibulo-pelvien est sectionné entre ces deux ligatures à l'aide de ciseaux. On sectionne le feuillet antérieur du ligament large jusqu'au ligament rond du même côté. Celui-ci est sectionné également entre deux ligatures près de l'orifice interne du canal inguinal aussi loin que possible de l'utérus. L'incision du feuillet antérieur péritonéal est poursuivie en avant; jusqu'au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, en dedans du bord cor-



respondant de l'utérus. Le ligament large gauche se trouve ainsi largement ouvert en avant; il est détaché de ses connexions pelviennes latérales et antérieures, ainsi que les annexes. On exécute la même manœuvre du côté droit. Alors les ligaments, libérés de chaque côté, pendent à droite et à gauche de l'utérus avec les annexes qu'ils contiennent.

4° *Ligature des artères hypogastriques.* — A droite d'abord, après avoir sectionné le feuillet postérieur du ligament large le long des vaisseaux iliaques, on pénètre entre les deux feuillets du ligament, on décolle le péritoine pelvien le long des vaisseaux iliaques externes qu'on poursuit jusqu'à ce que le doigt touche la bifurcation de l'iliaque primitive. On dénude alors, avec la sonde cannelée, l'artère, et on l'isole de la veine sous-jacente ; immédiatement au-dessus de la bifurcation de l'iliaque, on passe sous l'artère l'aiguille de Deschamps, munie d'un fil de catgut n° 1, pour la lier. La ligature de l'hypogastrique gauche présente quelques particularités à cause de ses rapports avec la racine du méso-côlon pelvien qui la croise.

5° *Décollement de la vessie.* — On incise aux ciseaux le pont péritonéal qui unit, devant l'utérus, les feuillets antérieurs des ligaments larges. Puis on sépare la vessie de la paroi vaginale antérieure, en la décollant d'arrière en avant. Facile dans la majorité des cas, ce décollement peut être rendu plus laborieux par des adhérences assez intimes des deux organes.

C'est sur les côtés qu'on rencontre quelquefois des difficultés, alors même qu'il n'y a pas d'infiltration paramétrique. Connaître ce détail, c'est l'éviter sûrement.

Le tablier péritonéal vésical est fixé à la peau et maintenu relevé par des pinces pendant toute la durée du décollement et pendant les temps suivants de l'opération.

6° *Dissection des uretères ; libération et section entre deux ligatures des artères utérines.* — La recherche de l'uretère commence à son point de pénétration dans le pelvis, c'est-à-dire au niveau de la bifurcation des iliaques. On l'y trouve facilement le long des vaisseaux iliaques et collé au feuillet postérieur du ligament large; on le poursuit d'arrière en avant, l'isolant du tissu cellulaire voisin dans tout son parcours pelvien. L'isolement de l'uretère est toujours possible, car il n'adhère jamais réellement aux parois du tunnel conjonctif : il y glisse plutôt, et on trouve entre lui et les parois un plan de clivage qui permet l'isolement facile de l'organe. Après avoir décollé l'uretère de la paroi utéro-vaginale, on passe la sonde cannelée ou même le doigt indicateur de la main gauche sous le cordon formé par l'artère utérine, préalablement vu et isolé; on soulève l'artère et on la poursuit vers les flancs du pelvis; on la dénude sur presque tout son trajet avant de la lier. On place une double ligature au catgut n° 0 sur l'utérine, dont une près de son origine, et on la sectionne.

Alors l'uretère est libéré de partout et on poursuit sa dissection en avant jusqu'à sa pénétration dans la paroi vésicale, en le décollant peu à peu de la paroi vaginale latérale à laquelle il n'adhère ordinairement que très faiblement. On procède de la même manière du côté opposé et les deux uretères sont complètement isolés et traversent librement la cavité pelvienne. La dissection par trop complète de l'uretère et son

complet isolement des tissus et organes voisins donne lieu assez souvent à des sphacèles plus ou moins tardifs; pour obvier à ces accidents, dont j'ai eu des exemples, j'ai cherché à lui laisser autant que possible par places une couverture péritonéale. Dans les cas où la blessure de l'uretère s'est produite pendant sa dissection, si la plaie était petite, je pratiquais la suture immédiate; si la section était presque totale ou totale, j'ai pratiqué dans un cas l'urétéro-cysto-néostomie avec succès, dans l'autre la ligature du bout supérieur et la néphrectomie secondaire qui fut faite également avec succès.

7° *Incision du Douglas; section des ligaments utéro-recto-sacrés; décollement utéro-vaginal-rectal.* — L'aide tire l'utérus en haut et en avant pardessus le pubis pour exposer le Douglas et tendre les ligaments utéro-recto-sacrés. Par une incision transversale, on coupe le péritoine qui revêt le Douglas d'un ligament large à l'autre, ainsi que les ligaments utéro-sacrés. On libère aussi loin que possible la paroi vaginale postérieure du rectum. Cette dissection, qu'on doit pousser aussi loin que celle qu'on a pratiquée en avant entre la vessie et le vagin, peut donner lieu, très rarement, il est vrai, à des blessures du rectum qu'on suturera immédiatement.

8° *Amputation du vagin.* — Le vagin, déjà disséqué en avant et en arrière sur une longue étendue, est libéré de la vessie et du rectum. On cherche à le libérer aussi sur les côtés en séparant ses bords des flancs pelviens, et cela en laissant du côté du vagin le plus de tissu cellulaire possible. Cette dissection est poussée jusqu'au plancher pelvien, c'est-à-dire aux muscles releveurs de l'anus. Le vagin une fois bien libéré de partout, on ferme le canal vaginal au-dessous de la lésion cancéreuse du col, et aussi loin que possible, avec une pince très recourbée et à longs mors.

Au dessous de cette première pince, à 1 centimètre environ d'elle, on place de la même façon, et toujours de droite à gauche, une seconde pince qui produit à son tour une occlusion parfaite du vagin. Après s'être assuré que rien d'autre que le vagin n'a été serré dans les mors des deux pinces ainsi posées, on confie celles-ci à l'aide, qui les tient dans sa main droite en les attirant à lui et les écartant autant que possible sans tractions intempestives, pour élargir ainsi l'espace compris entre les pinces. Alors l'opérateur, avec le bistouri, sectionne le pont vaginal intermédiaire aux pinces, de droite à gauche.

Une fois la section vaginale terminée, on enlève d'une seule pièce l'utérus, ses annexes et une grande partie du canal vaginal tenu fermé par la pince supérieure, ainsi qu'une grande partie du paramètre laissée adhérente à l'utérus et au vagin pendant la libération de ce dernier. De cette façon aucune parcelle cancéreuse, aucun élément septique n'a pu s'écouler du canal vaginal pendant la manœuvre de l'amputation du vagin.

Après avoir extirpé la masse utéro-vagino-annexielle, le restant du canal vaginal reste encore fermé du côté du pelvis par la seconde pince, l'inférieure, qui est laissée en place jusqu'à la fin des manœuvres pelviennes.

9° *Evidement ilio-lombo-pelvien; dissection et extirpation du tissu cellulaire du pelvis, des fosses iliaques et des lombes avec tous les vaisseaux et les ganglions lymphatiques qu'ils contiennent.* — Avant de décrire la

manière de procéder à ce temps, le plus délicat et le plus important de l'opération, il est utile de rappeler la topographie exacte des vaisseaux et des ganglions lymphatiques de l'utérus.

Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques de l'utérus ont été surtout bien étudiés dans ce dernier temps par Poirier, Peiser (1898) et surtout par Marcille (Thèse de Paris, 1902).

Les lymphatiques du col émergent de chaque côté et se réunissent en deux pédicules : 1° le *pédicule postérieur* comprend deux à trois troncs qui se portent directement en dehors en passant en avant de l'uretère. Il se termine dans les ganglions moyens et supérieurs de la chaîne moyenne du groupe iliaque externe. Sur leur trajet, au niveau du croisement urétéral, on peut trouver un nodule ganglionnaire.

Marcille signale aussi l'existence d'un ganglion juxta-cervical et de petits ganglions au niveau du cul-de-sac du vagin.

2° Le *pédicule transversal* rétro- et sous-urétéral est formé de vaisseaux, qui se rendent les uns aux ganglions placés le long des troncs viscéraux de l'hypogastrique, dans la palmure que forme ces vaisseaux, les autres aux ganglions sacrés latéraux (en regard du deuxième trou sacré), après avoir cheminé le long du plancher musculaire du pelvis, sur les côtés du rectum et sur la face antérieure du sacrum; d'autres enfin vont aux ganglions du promontoire.

Les *lymphatiques du corps* forment trois pédicules : un *principal*, dont les vaisseaux, partis de la corne utérine, suivent les vaisseaux spermatiques internes et se jettent dans les ganglions juxta-aortiques, un peu au-dessous du hile du rein, et deux *pédicules accessoires* dont l'un va aux ganglions externes, l'autre aux ganglions inguinaux superficiels en suivant le ligament rond.

La *topographie des ganglions ilio-pelviens*, qui peuvent être tous pris dans le cancer de l'utérus, est très importante à connaître pour savoir les chercher. Cette étude a été admirablement faite par Marcille. Il distingue trois groupes ganglionnaires :

a) Le *groupe iliaque externe*, formant *trois chaînes* ganglionnaires autour des vaisseaux iliaques externes : une *externe* située le long du bord externe de l'artère (trois à quatre ganglions, dont un chef de file rétrocrural); une *interne* située en dedans de la veine (trois à quatre ganglions dont un rétro-crural, et un situé au-dessous du nerf obturateur : ganglion du nerf obturateur, le plus souvent atteint dans le cancer de l'utérus d'après mes recherches); une *moyenne* située entre les deux vaisseaux (deux à trois ganglions).

b) Les *ganglions hypogastriques*, quatre à six disséminés entre les branches de l'artère hypogastrique.

c) Les *ganglions iliaques primitifs* forment autour de l'artère iliaque primitive trois groupes : *externe* flanquant le côté externe de l'artère; *interne* formé de deux portions; *ganglions du promontoire* situés près de l'angle de bifurcation de l'aorte, sur la veine iliaque primitive gauche dans l'angle formé par cette veine avec l'artère iliaque primitive droite; *ganglions sacrés latéraux* au nombre de deux, situés un de chaque côté en dedans du deuxième trou sacré; enfin le *groupe moyen* ou *postérieur*, est situé profondément en arrière des gros vaisseaux (groupe *rétro-vasculaire*). Les ganglions reposent sur les nerfs obturateur et lombo-

sacré et sont recouverts par l'artère iliaque primitive et par le confluent des veines iliaques sous-jacent. Pour découvrir les ganglions, il faut soulever les vaisseaux. J'ai toujours trouvé ces ganglions hypertrophiés dans le cancer de l'utérus, et, avant que Marcille ait si bien précisé leur siège profond, j'avais l'habitude de pratiquer le curage de la fosse dans laquelle ils sont situés, que j'appelais lombo-sacrée et que Marcille appelle fosse du nerf lombo-sacré.

Évidement lombo-ilio-pelvien. Cet évidement comprend l'extirpation du tissu cellulo-graisseux du pelvis, des fosses iliaques, et des régions lombaires inférieures avec les vaisseaux lymphatiques et les ganglions qu'il renferme. Je le pratique en cinq temps :

a) Le *premier temps* comprend l'*évidement des flancs, du pelvis et des bords internes des fosses iliaques*, c'est-à-dire la dissection des vaisseaux iliaques externes, du nerf obturateur, de l'artère ombilicale et de la fosse obturatrice.

b) Le *second temps* comprend la *dissection des vaisseaux hypogastriques et de leurs branches*. Commencée à la racine de l'artère iliaque interne, cette dissection est poursuivie de haut en bas.

c) Dans le *troisième temps*, j'évide la *fosse sacro-rectale*.

d) Le *quatrième temps* consiste dans la dissection des vaisseaux iliaques primitifs, aorte et veine cave. On trouve en général une chaîne ganglionnaire le long du flanc externe de l'iliaque primitive gauche, se prolongeant en haut sur le flanc gauche de l'aorte abdominale, et à droite une autre chaîne le long du flanc droit de l'artère iliaque primitive droite, se continuant sur le flanc droit de la veine cave.

e) Enfin, dans un *cinquième temps*, je fais le curage de la fosse lombo-sacrée de chaque côté.

10° *Drainage du pelvis par le vagin.* — Je le pratique toujours, car il constitue une grande garantie; il permet en effet l'écoulement facile des sérosités sécrétées par les larges surfaces dénudées; il favorise aussi l'écoulement du peu de sang veineux qui peut se produire après l'atteinte inévitable des veinules hypogastriques; enfin il permet le tamponnement facile de cette large surface pelvienne pendant les quarante-huit premières heures.

Après avoir terminé l'évidement lombo-ilio-pelvien, j'enlève la pince qui fermait le canal vaginal et j'introduis, par le pelvis, deux mèches de gaze stérilisée dans le vagin, dont la plus grande partie est pelotonnée dans le pelvis de chaque côté pour combler les vastes fosses obturatrices vidées pendant l'opération.

11° *Péritonisation. Fermeture du pelvis par le méso-côlon pelvien, en suturant le bord libre du côlon pelvien au péritoine iliaque et vésical.* — La péritonisation de l'orifice supérieur de la cavité pelvienne et l'isolement parfait de cette cavité de la grande cavité abdominale par un dôme péritonéal peut se faire de deux manières. Quand l'exérèse péritonéale n'a pas été trop étendue et qu'il reste des lambeaux suffisants pour pouvoir suturer directement le tablier péritonéal vésical au péritoine du rectum, on pratique trois surjets : deux latéraux, suturant ce qui reste des feuillets postérieurs des ligaments larges au péritoine iliaque, et un médian, par lequel on suture le tablier péritonéal vésical au péritoine rectal. La suture est faite au catgut n° 0.

Quand, par suite d'une exérése trop étendue, il n'ya plus assez d'étoffe

pour pouvoir obtenir cette péritonisation, ce qui est assez fréquent, on ferme le pelvis à l'aide du méso-côlon pelvien.

12° *Fermeture de l'abdomen*. — Elle est faite par deux plans de sutures à fils temporaires suivant un procédé spécial.

Le *pansement* est simple : une légère couche de gaze stérilisée recouverte par une mince couche d'ouate stérilisée, le tout maintenu par un bandage de flanelle. Jamais de glace sur le ventre.

Les *soins post-opératoires* sont simples : les mèches pelviennes sont enlevées quarante-huit heures après et remplacées par une petite mèche qui dépasse à peine le canal vaginal, ce qui favorise la rapide fermeture du pelvis par la cicatrisation de l'orifice vaginal. Les irrigations vagino-pelviennes ne sont faites que dans le cas d'absolue nécessité et tardivement, alors qu'on est sûr de l'occlusion définitive du dôme péritonéal, pour éviter tout passage du liquide dans l'abdomen. Cette irrigation se fait au sérum artificiel stérilisé.

La durée de l'opération est d'une heure et demie au plus, même dans les cas les plus complexes.

Quant aux résultats de l'opération, on peut admettre, d'après les statistiques les plus récentes, une mortalité opératoire de 5,35 pour 100 dans les cas de cancer limité, et de 34,37 pour 100 dans ceux plus ou moins étendus.

Pour ce qui est des résultats éloignés, il est encore impossible de les prévoir à cause de la date récente des derniers procédés et, d'autre part, la diversité des procédés employés ne permet pas la comparaison entre les diverses statistiques.

Conclusions. — Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus peut donner des résultats très satisfaisants en prolongeant la vie et même en amenant quelquefois la guérison radicale.

L'opération de choix du cancer de l'utérus est celle qui permet l'ablation complète de l'utérus et ses annexes, du tissu cellulaire et des vaisseaux et ganglions lymphatiques pelviens, iliaques et lombaires inférieurs.

La voie vaginale étant incapable de permettre une telle intervention, doit être abandonnée et réservée seulemeut aux opérations partielles et palliatives.

La voie abdominale seule permet l'exérèse large. C'est à elle qu'on doit avoir recours toutes les fois que l'opération complète peut être exécutée.

Toutes les opérations pratiquée par cette voie sans l'évidement complet sus-indiqué restent des interventions incomplètes et purement palliatives.

La castration abdominale totale suivie de la dissection complète du pelvis, des fosses iliaques et des lombes, est une opération rationnelle, possible, bénigne et efficace. C'est l'opération de choix du cancer de l'utérus.

Cette opération ne doit être entreprise que dans les cancers limités où cliniquement, ou après l'ouverture de l'abdomen, on a constaté la possibilité de tout enlever et de ne rien laisser du tissu cellulaire et des ganglions lymphatiques.

Les cancers non limités ne sont susceptibles que du traitement palliatif.

La condition indispensable pour l'avenir du traitement chirurgical du cancer de l'utérus, c'est la possibilité de l'opérer le plus près de son début.

J'ai laissé de côté, dans ce mémoire, la question du traitement palliatif du cancer utérin, question de minime importance, et celle du traitement chirurgical dans les cas compliqués de grossesse sur lesquels je n'ai aucune pratique personnelle. »

M. FREUND (de Berlin). — **Traitement du cancer de l'utérus.** — (*Congrès de Rome.*)

La question de savoir si le cancer est curable par l'hystérectomie est jugée par M. Freund d'après deux cas de guérison datant l'un de vingt-quatre ans, l'autre de dix-neuf ans; puis, après quelques considérations sur la pathologie générale du cancer, M. Freund arrive aux conclusions suivantes :

Le diagnostic du cancer de l'utérus donne des indications pour l'extirpation immédiate et totale de ce même organe.

L'opération pratiquée dès le début de la maladie et autant que possible d'une façon radicale fait espérer une guérison persistante.

L'opération abdominale pratiquée d'après les principes modernes de la chirurgie répond à cette indication mieux que l'opération par la voie du vagin.

L'opération vaginale doit être regardée comme un bon traitement palliatif pour les cas très avancés et qu'on ne peut plus opérer d'une façon radicale.

M. Jacobs (de Bruxelles) se déclare aussi un partisan convaincu de l'opération complète, dont l'hystérectomie n'est en réalité qu'un temps et dont le but doit être l'extirpation de tous les ganglions et de tous les tissus cancéreux.

Il a opéré par le procédé de Wertheim, légèrement modifié, 75 malades sur lesquelles il a eu 28 guérisons tardives dont une de quatre ans, deux de trois ans, etc., soit 37 %.

Cette opération est donc la plus parfaite comme opération palliative; ce sera la meilleure méthode curative, quand l'éducation générale des malades permettra d'intervenir plus tôt.

M. Th. CULLEN. (John-Hopkins Hospital. Baltimore). — **Traitement opératoire du cancer de l'utérus.** — (*Congrès de Rome.*)

Il est vraiment intéressant de regarder une trentaine d'années en arrière et de voir quels progrès ont été faits dans le traitement de cette redoutable maladie; à cette époque, on faisait le curettage, ou tout au plus l'amputation du col.

L'hystérectomie abdominale de Freund, introduite en 1878, marque une ère nouvelle dans le traitement du cancer. La seconde étape, suggérée par la grande fréquence des lésions de l'uretère au cours de l'opération, fut le cathétérisme préventif de l'uretère, employé par Pawlik en Europe et peu après par Kelly à Baltimore. Puis il faut citer l'extirpation des ganglons pelviens, et les noms de Ries, Clark et de Rumpf sont à citer. Ces opérateurs cherchaient à enlever le plus de tissu péri-utérin possible; malgré la base scientifique de ce traitement, la morta-

lité immédiate fut très grande à cause de l'infection qui se produit facilement lors de l'extirpation de ces tissus cancéreux et nécrotiques. Différentes méthodes furent conseillées pour obvier à ce danger, parmi lesquelles la plus connue est celle de Werder. Nous arrivons ensuite à l'opération de Wertheim, qui a atteint aujourd'hui son summum de perfection et qui permet de voir tous les détails de l'opération. La blessure de l'uretère n'est plus à craindre. M. Kelly a depuis abandonné le cathétérisme préventif qu'il faisait toujours jusque-là; la ligature des vaisseaux utérins se fait sous le contrôle des yeux.

Le rapporteur est parfaitement d'accord avec Wertheim en ce que le curettage préliminaire, avec les pertes de sang qu'il fait subir, diminue grandement les forces de la malade et que cela, joint à l'anesthésie nécessaire, diminue la résistance pour le shock consécutif; aussi croit-il,quand le col n'est pas trop volumineusement atteint, qu'il est préférable d'éviter ce curettage. Il croit bonne la technique de Mackenrodt et de Krönig qui laissent l'uretère sans le séparer de son revêtement péritonéal. Cependant, quand l'uretère est entouré de masses carcinomateuses, il faut le disséquer, et si cela est impossible il faut le couper en amont et l'anastomoser à la vessie ; il y a pour cela plusieurs méthodes; la meilleure lui paraît être celle de Sampson qui peut s'exécuter en dix à quinze minutes. Or, le temps est, dans ces cas, un élément de grande importance. L'uretère fendu près de son extrémité est fixé à une incision en H. faite sur la paroi vésicale ; les sutures sont faites de telle façon qu'elles ne forment pas un foyer pour les concrétions urinaires. Le rapporteur croit qu'il est préférable, lorsque l'uretère paraît nécrosé au cours de l'opération, de le réséquer et de l'anastomoser à la vessie plutôt que de courir le risque d'avoir à enlever un rein sain lors d'une opération subséquente.

Il faut encore mentionner le suintement veineux embarrassant et quelquefois alarmant, provenant des parois latérales du vagin au moment de la libération du tissu péri-utérin et péri-vaginal ; jusqu'à présent, la recherche de la source de cette hémorragie était une partie sérieuse et longue de l'opération et la perte de sang diminuait grandement la résistance des malades. M. G. Brown Müller, ancien chirurgien de John Hopkins Hospital, eut le premier l'idée d'encercler le vagin avec des sutures interrompues, avant d'ouvrir l'abdomen ; de cette façon, la recherche de l'origine du suintement de la muqueuse vaginale au moment de l'extirpation de l'utérus fut grandement facilitée.

M. Guy L. Hunner, son successeur, adopta le même procédé puis l'abandonna ensuite. M. Sampson, chirurgien au même hôpital, impressionné par les dessins et les dissections de M. Max Brödel, qui montrent l'existence de nombreuses veines dans les parois vaginales, surtout latéralement, eut l'idée de faire des sutures, mais plus profondes que celles de Müller. En avant, il faut faire attention à ne pas pénétrer dans la vessie; en arrière, les sutures sont poussées presque jusqu'à la maqueuse rectale, sous le contrôle d'un doigt introduit dans le rectum ; latéralement les sutures doivent faire une piqûre profonde, s'étendant presque jusqu'à l'os. Le meilleure matériel de suture est le catgut. Ce procédé de Sampson est excellent, ne prend que cinq à dix minutes, et permet de faire l'hystérectomie sans presque perdre de sang.

Il n'a jamais vu d'infection propagée le long de ces sutures, et il

admet que l'économie de sang compense largement le risque que l'on pourrait courir ainsi.

Il emploie la méthode de drainage le long de l'uretère comme le fait Krönig, mais il préfère une mèche de gaze au tube de caoutchouc. Il n'est pas partisan de l'opération vaginale dont l'usage diminue de jour en jour; il y a deux ans, il demandait que l'hystérectomie vaginale fût réservée aux femmes obèses, où l'opération abdominale était difficile; dans ces cas, la graisse sous-péritonéale renferme de nombreux petits vaisseaux très friables, difficiles à lier, et Krönig a montré que l'uretère se trouvait alors juste à son entrée dans le ligament large, à un endroit où il est peu protégé. Dans l'opération vaginale, il est difficile de circonscrire les végétations: la blessure de l'uretère est souvent inévitable et la plus grande partie de l'opération se fait dans l'obscurité; de plus on ne peut être sûr des ganglions. L'opération de Wertheim avec les modifications ci-dessus donne un bon pronostic, et le rapporteur pense que des modifications nouvelles viendront encore perfectionner cette technique.

Cela donne encore un champ fertile pour la chirurgie abdominale. Il faut cependant encore faire comprendre à la foule que le cancer de l'utérus n'est pas toujours une maladie incurable, il faut montrer que maints et maints cas ont été amendés par le traitement et que plusieurs ont été définitivement guéris. Quand la plupart des praticiens seront pénétrés de ce fait, il ne faudra plus bien longtemps pour que les femmes lorsqu'elles auront un écoulement leucorrhéique ou aqueux inusité, viennent consulter immédiatement pour en connaître la cause, tout comme on fait rechercher la carie dentaire par un dentiste quand on a mal aux dents.

M. Cullen présente ensuite un utérus enlevé, il y a quelques semaines suivant la méthode de Wertheim, pour un cancer pris tout au début.

ARTHUR H. N. LEWERS. — **De la pan-hystérectomie pour cancer de l'utérus.** (*The Lancet*, 4 janvier 1902).

M. Lewers recherche quel est le meilleur mode de traitement du cancer de l'utérus, sous ses deux formes, le cancer du col et le cancer du corps.

Pour le cancer du col, l'hystérectomie par voie vaginale constitue la méthode de choix, car elle permet, tout en donnant au chirurgien plus de facilité pour délimiter l'étendue du carcinome, de pouvoir mieux isoler cette tumeur, et après l'avoir extirpée, de pouvoir cautériser toute la muqueuse vaginale environnante et le tissu sous-muqueux adjacent. De plus, elle n'entraîne d'ordinaire aucun trouble général, et ne s'accompagne pas de tous ces phénomènes de douleurs et de fièvre avec vomissements, si fréquents après une hystérectomie abdominale.

Cependant, dans certains cas, il sera utile, ainsi que le dit M. Lewers, d'employer simultanément l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire de commencer le premier temps de l'opération par la libération du col de l'utérus. Ce mode d'intervention a l'avantage, non seulement d'abréger la durée de l'opération, mais encore de rendre plus facile l'extirpation de toute la partie supérieure des ligaments larges avec les ovaires et les trompes.

Mais, le gros reproche qu'on a fait à l'hystérectomie vaginale dans les

cas de cancer de l'utérus, est que cette opération reste incomplète, car elle n'enlève pas les ganglions qui dépendent du territoire lymphatique de l'utérus et qui ont subi la dégénérescence carcinomateuse. Or, d'après M. Lewers, l'envahissement de ces ganglions n'est pas de règle absolue, et, toutes les fois que ces derniers ont été enveloppés dans le processus cancéreux, il faut penser que l'affection s'est étendue très largement, soit dans le vagin, soit dans le tissu conjonctif environnant le col, et par conséquent, s'abstenir de toute intervention.

L'hystérectomie abdominale totale sera utile dans les cas de cancer primitif du corps de l'utérus, de cancer limité aux parois de cet organe, avec hypertrophie considérable de sa masse. Elle sera conseillée de préférence chez les femmes de 50 à 60 ans surtout, dont le vagin est devenu excessivement étroit, par atrophie sénile consécutive à la ménopause. En utilisant ce procédé, on fera, d'une façon beaucoup plus étendue, l'exérèse des ligaments larges, des ovaires et des trompes; mais on devra prendre soin de ne pas contaminer le péritoine par les déchets néoplasiques qui pourraient s'échapper de l'orifice du col utérin. A ce sujet, M. Lewers recommande de fermer cet orifice par une ligature passant à travers le col.

Mais, de ces deux hystérectomies par voie vaginale et par voie abdominale, quelle est celle qui donne le moins de mortalité?

En 1879, d'après Greig Smith, l'hystérectomie abdominale avait une mortalité de 70 p. 1.000, et l'hystérectomie vaginale de 30 p. 1.000. Aujourd'hui, dit M. Lewers, il ne doit exister aucune différence entre les moyennes de ces deux mortalités, aux yeux d'un opérateur qui a acquis une égale habileté dans l'une ou l'autre de ces deux opérations, et qui surtout, pour la pan-hystérectomie, utilise le procédé à pédicule intra-péritonéal.

L'auteur ajoute que dans tous les cas de fibromes où il dut intervenir, il opéra par la voie abdominale et obtint toujours des résultats heureux. Il termine en mentionnant deux cas de cancer du corps de l'utérus, suivis de guérison, où il fit l'hystérectomie abdominale totale, avec conservation des annexes gauches dans chaque cas.

SINCLAIR. — **Opérations du cancer de l'utérus.** — (*The Practitioner.* juillet 1902.)

Dans ce travail, l'auteur donne une revue de l'état actuel de la question d'après les publications récentes. Il décrit la méthode para-vaginale de Schuchardt et donne les résultats dus à cette opération; il discute ensuite l'extirpation abdominale complète et l'extirpation totale par la voie vaginale, en donnant les résultats attribuables à chacune de ces méthodes. L'amputation sus-vaginale du col, le traitement palliatif chirurgical et le traitement par le chlorure de zinc sont encore des méthodes que l'auteur discute dans son travail.

L. J.

M. WALTER W. H. TATE. — **Traitement opératoire des affections malignes de l'utérus.** — (*The Pratictioner.* Juillet 1902.)

L'auteur examine séparément le traitement des affections malignes du col et du corps de l'utérus. Avant toute intervention, il insiste sur la nécessité d'un examen minutieux des organes pelviens pour fixer

l'étendue de la maladie. Il est souvent nécessaire alors de pratiquer cet examen pendant l'anesthésie. Il donne les raisons pour lesquelles on abandonne l'amputation sus-vaginale pour l'hystérectomie vaginale. La mortalité, dans ce dernier cas, est à peine supérieure. Une amputation sus-vaginale ne donnerait pas de résultats dans le cas où des nodules cancéreux remontent au-dessus de l'orifice interne. L'hystérectomie totale est plus facile que l'amputation du col dans le cancer. La portion de l'utérus laissée après cette dernière opération, peut être une cause de troubles sérieux pour la malade, l'exposer à un avortement en cas de grossesse ou à des complications. Enfin les résultats de l'extirpation totale de l'utérus sont supérieurs à ceux de l'amputation sus-vaginale du col.

L. J.

K. A. HERZFELD. — **Traitement opératoire des myomes utérins.** — (*Wien. med. Woch.* 5 et 12 juillet 1902.)

Il y a quelques années, l'amputation sus-vaginale de l'utérus avec le traitement extrapéritonéal du pédicule, dans les cas de myomes utérins étaient la méthode préférée. Aujourd'hui, par le morcellement, on peut enlever par le vagin des myomes utérins qui s'étendent jusqu'à l'ombilic. Sur 116 hystérectomies vaginales, dans lesquelles le morcellement a été pratiqué, Herzfeld n'a perdu qu'un cas, en regard de cinq cas de mort sur 54 laparo-myotomies. Il y a également une grande différence entre les deux opérations quant aux suites. Cependant l'emploi de ce procédé comporte certaines limites qui sont moins fixées par la dimension de la tumeur, ou ses relations avec les dimensions du vagin, que par le siège, la dureté et la fixité de la tumeur, certaines adhérences larges, nombreuses, pouvant contre-indiquer l'opération. La voie abdominale est préférable et moins dangereuse lorsque la tumeur pédiculée s'est développée sous la séreuse. Le désavantage principal de la laparotomie est le danger d'infection. Depuis longtemps Herzfeld, dans l'hystérectomie abdominale, ne place plus de ligature en masse, mais des ligatures autant que possible isolées. Le danger d'infection dans la laparotomie provient de ce qu'une surface relativement étendue du péritoine est mise en relation avec l'air, les mains de l'opérateur et des assistants et avec les sécrétions. L'hémostase la plus parfaite est indispensable pour assurer l'asepsie du péritoine. Il est également plus facile de remplir cette condition par la méthode vaginale que par la voie abdominale.

Quant aux indications de l'opération des myomes, on reconnait généralement qu'il faut opérer les myomes occasionnant de violentes hémorrhagies, ceux qui déterminent des troubles sérieux par leur siège et leur volume, les myomes qui présentent les signes d'une dégénérescence maligne, kystique ou nécrotique, et enfin ceux qui déterminent des péritonites à rechute. Pendant la grossesse, des myomes nombreux ne causent pas de désordres particuliers; ils peuvent même être favorablement influencés. Par contre, il peut arriver qu'un myome prenne un développement rapide pendant la grossesse. Dans ce cas, les procédés, étant donné que l'opération est indiqué, sont variables. On ne fera l'énucléation de quelques myomes que si ceux-ci sont bien isolés et peuvent s'enlever sans troubler les fonctions utérines. Les cas dans lesquels on

procède à l'extirpation de tout l'utérus myomateux sont beaucoup plus fréquents. On a le choix ici entre la méthode vaginale et la laparomyotomie.

La désinfection du vagin doit être complète : elle doit précéder celle de la paroi abdominale dans les opérations par voie abdominale. L'anesthésie générale doit être régulière; une injection de 2 centigr. de morphine avant l'opération permettra d'abréger le stade d'excitation et d'éviter les vomissements. Dans le morcellement, Herzfeld commence toujours par le myome le plus accessible qui est fixé avec une pince à griffe, incisé, puis énucléé. On est souvent obligé de couper la tumeur en petites tranches qu'on enlève une à une. Les annexes ne sont conservées que si elles sont saines : dans le cas contraire, elles sont enlevées avec l'utérus. D'ailleurs, dans ce cas, la ménopause brusque n'entraînerait que des troubles légers. Hertzfeld recommande d'opérer tous les cas par la voie vaginale, lorsque le procédé est possible.

L. J.

BERRY HART. — **Traitement opératoire du prolapsus utérin.** — (70e *Congrès de l'Association médicale britannique. Section de Gynécologie*, 31 juillet 1902.)

M. Berry Hart a lu un travail sur le traitement opératoire du prolapsus utérin, a décrit différents procédés employés contre les degrés modérés de prolapsus, et a plus particulièrement traité de l'élytrorrhaphie latérale de Westermann. Dans les cas de prolapsus plus prononcé, il a mentionné l'implantation vaginale de l'utérus d'après Freund. Il conclut que le prolapsus utérin est une hernie d'une région définie du plancher pelvien amenant une série de désordres, chute de la paroi antérieure du vagin, puis du col, enfin de la paroi postérieure du vagin. Dans les prolapsus modérés, les opérations les plus utiles sont combinées avec l'amputation du col,l'élytrorrhaphie, médiane ou latérale, et la périnéorrhaphie avec la ventrofixation dans quelques cas : l'hystérectomie peut être faite dans les cas extrêmes chez les veuves.

L. J.

LEROY BROWN. — **Opération d'Alexander.** — (*Acad. de med. de New-York*, 22 mai 1902.)

Cette opération n'est applicable, d'après l'auteur, que dans le cas où l'utérus est libre d'adhérences. Les ligaments larges et les ligaments ronds agissent comme soutiens du fond de l'utérus pour empêcher son excursion trop grande en arrière. Il est donc indiqué de raccourcir surtout les ligaments ronds. Lorsque l'utérus est maintenu en arrière par les adhérences, le mieux est d'ouvrir l'abdomen, de détruire les adhérences et de sectionner les ligaments larges et ronds suffisamment pour maintenir l'utérus dans sa position antérieure. D'après ses observations, aucune opération ne donne ici de meilleurs résultats. Pour éviter la douleur de la cicatrice, il faut avoir grand soin d'isoler le nerf qui suit le ligament rond dans l'anneau pour ne pas le comprendre dans la ligature.

L. J.

M. Bissel. — **Nouvelle opération contre la rétroversion.** — (*Acad. de méd. de New-York*, 22 mai 1002.)

L'opération d'Alexander est excellente, mais limitée dans ses applications. Bissel procède au raccourcissement des ligaments ronds et des ligaments larges. Il ouvre l'abdomen, détruit les adhérences et passe une suture près du fond de l'utérus et une autre près du bord du bassin. Ces sutures arrêtent en partie les hémorrhagies; mais leur principale fonction est de prévenir la chute de l'utérus en arrière du ligament. On réséque ensuite le ligament rond en enlevant une pièce en forme de V. Les extrémités du ligament large sont réunies par une suture; le résultat opératoire a été excellent sur 20 cas opérés; dans 1 cas seulement de rétroversion congénitale, le résultat a été incomplet.

L. J.

Brooks H. Wells. — **Opération abdominale pour la rétroversion et la rétroflexion** — (*Acad. de med. de New-York*, 22 mai 1902.)

La ventrofixation est inapplicable s'il existe en même temps une grossesse. Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds doit être pratiqué dans les cas où il est nécessaire d'ouvrir l'abdomen pour le traitement des complications et dans les cas où ce déplacement, compromettant la santé, ne peut être traité par les moyens ordinaires. La ventro-fixation doit être faite chez les femmes âgées lorsqu'il n'y a plus de chance de grossesse et que l'utérus est volumineux.

Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds est une opération de choix; chez les jeunes femmes on doit en même temps réparer les déchirures du col et les lésions du plancher pelvien Les tampons de glycérine boriquée et des pessaires conviennent dans les cas de subinvolution, après la grossesse ou l'avortement. Les malades, après l'opération d'Alexander, ont eu des grossesses ultérieures heureuses et l'intervention les a délivrées des accidents.

L. J.

M. Vineberg. — **Opération vaginale pour les rétrodéviations.** — (*Acad. de méd. de New-York*, 22 mai 1902.)

Dans 47 cas de fixation vaginale des ligaments ronds, l'auteur a réussi à obtenir la guérison anatomique, et quatre femmes ont eu des grossesses normales à terme. Il n'y a pas eu de mortalité. Dans 57 autres cas consécutifs et dans 3 cas seulement de la première série, la convalescence a été troublée par quelques complications. L'auteur recommande de faire au moins deux sutures pour chaque ligament rond.

L. J.

M. Joseph Taber Johnson. — **Une bougie retirée de la cavité abdominale.** — (*The New-York Medical Journal*, 1er mars 1902.)

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune femme de 20 ans qui essaya de se faire avorter au moyen d'une bougie flexible n° 8. La bougie pénétra dans la cavité utérine, et ayant glissé des doigts, ne put être retirée. On supposa qu'elle s'était repliée dans cette cavité. La jeune femme, au bout de quelques jours, fut prise de frissons et de violentes

douleurs dans tout l'abdomen. M. Taber Johnson pensa qu'il y avait eu perforation de l'utérus et fit la laparotomie. De fait, on constata une légère péritonite et, la bougie fut trouvée dans la cavité abdominale, recouverte par l'épiploon. Guérison.

L'auteur considère ce cas comme curieux et rappelle que M. Chembas a rapporté, au mois d'août dernier, une observation presque semblable. Dans ce dernier cas, on avait cru à un ostéosarcome et ce ne fut qu'après l'ouverture du ventre qu'on constata, en arrière du côlon transverse, dans la tumeur qui avait été exploréé, une bougie en gomme élastique n° 8.

Il y a quelques années, M. Marion Sims a fait connaître le cas d'une femme qui, pour se faire avorter, s'introduisit dans son utérus un cathéter en argent que l'auteur découvrit après laparotomie. Et M. Gaillard Thomas, raconte M. Campbell, a trouvé dans l'abdomen d'une femme morte de pneumonie, une tige d'ombrelle qu'elle s'était introduite dans l'utérus, dans un but d'avortement, et qui ayant perforé le diaphragme, s'était enfoncée dans le tissu des poumons sur une longueur de 4 centimètres.

RICHELOT. — **Tumeur maligne de l'ovaire et sérum de Wlæff** — (*Soc. de chir.*, 9 avril 1902).

M. Richelot a présenté une femme atteinte antérieurement d'une tumeur végétante de l'ovaire inopérable, qui fut soumise à des injections de sérum anticellulaire. La tumeur, qui occupait antérieurement le petit bassin et la région hypogastrique, immobilisant l'utérus et remplissant le cul-de-sac, est réduite aujourd'hui au volume du poing : elle est circonscrite et mobile, le petit bassin est libre et, sauf une ascite qui est ponctionnée tous les mois, la malade se porte bien. Dans quelque temps, elle pourra être opérée. M. Quénu met en doute le diagnostic d'épithélioma de l'ovaire, certaines tumeurs de l'ovaire pouvant avoir une évolution régressive.

M. Segond cite une observation analogue dans laquelle le sulfate de quinine exerça une action thérapeutique analogue à celle du sérum anticellulaire. Ces observations peuvent faire croire à tort à une action thérapeutique qui reste très douteuse. L. J.

BEDFORD FENWICK. — **Statistique de laparotomies pour tumeurs ovariennes.** — (*Soc. gyn. de la Grande-Bretagne*, 8 mai 1902.)

M. Bedford Fenwick a rapporté une série de 50 laparotomies faites pour 24 tumeurs de l'ovaire dont 5 malignes, 14 fibromes, 6 pyosalpinx doubles, 3 pyosalpinx simples, 1 cas d'affection maligne de l'utérus et 1 cas de grossesse extra-utérine. Il a eu 2 morts après hystérectomie pour tumeur maligne. L. J.

BERTHOLD DANIEL. — **De l'incision tranversale suprasymphysaire des fascia d'après Pfannenstiel.** — *Centralb. für Gynäk.*, 12 avril 1902, n° 15.

L'auteur rapporte les résultats obtenus à la clinique de Prochownick à Hambourg par l'incision transversale suprasymphysaire des fascia suivant la technique de Pfannenstiel. Elle consiste à faire une incision courbe transversale immédiatement au-dessus de la région pileuse du

mont de Vénus, comprenant la peau, le tissu cellulaire et les fascia, alors que les muscles et le péritoine sont incisés longitudinalement. La suture se fait à 3 et 4 étages : 1° suture continue du péritoine; 2° suture continue des muscules droits; 3° suture de la peau et des fascia, comprenant les muscles droits pour éviter la formation de poches; 4° suture continue des fascia, après quoi seulement les fils cutanés sont noués. Durant l'année 1900, la méthode de Pfannenstiel a été appliquée 15 fois; Pour inflammations des annexes 7 fois; myomes utérins 1 fois; rétroflexion utérine 5 fois; kystes ovariques 2 fois.

La méthode est moins dangereuse que l'incision dans la ligne blanche. Les intestins n'arrivent pas dans le champ opératoire ou sont faciles à écarter. L'isolement du champ opératoire d'avec le reste de la cavité abdominale est facile.

La méthode convient parfaitement aux kystes ovariques pas trop volumineux, non enflammés, à la ventrofixation de l'utérus en rétroposition, dans les cas où les adhérences ne sont pas trop étendues et fortes.

Elle convient moins bien dans les cas graves d'inflammation des annexes; elle fournit un accès moins facile du champ opératoire et est moins pratique que l'incision médiane.

Dans certains cas de tumeurs annexielles, pour reconnaître la nature et l'étendue des adhérences, il fallut compléter l'incision dans la direction oblique ou longitudinale. Pour opérer dans la profondeur, sans le contrôle des yeux, elle expose plus que l'incision médiane à la rupture des poches suppurées; elle ne met pas non plus à l'abri des petites lésions intestinales.

On n'a jamais observé de hernie, bien qu'au minimum un an se soit écoulé depuis l'opération, dans tous les cas où la réunion s'est faite par première intention.

Sur les 15 cas, il y eut 5 fois suppuration de la plaie, 2 fois étendue, 3 fois localisée à de petites parties de la plaie. 4 fois ces suppurations ont suivi des opérations faites pour annexite suppurée. Dans les deux cas de suppuration étendue de la plaie, il y a eu hernie consécutive.

Dans le premier cas, il y eut après quinze jours de la fièvre, et il se forma un abcès sous-fascial. Au bout de 7 semaines la femme sortit guérie. Déjà 3 semaines après, on remarqua le début de la hernie, au point d'entrecroisement des lignes de suture longitudinale et transversale.

Dans le second cas l'abcès se fit également sous le fascia. Après 5 mois il y avait encore une petite fistule et de plus une hernie de la largeur d'une pièce de 2 francs. On excise la cicatrice, on met le trajet fistuleux à découvert, et on fait une incision médiane; on enlève l'annexe qu'on avait laissée la première fois (il s'agissait de rétroflexion adhérente avec hydropisie des deux trompes) et on fait une suture en T renversé.

La suture médiane guérit par première intention; dans la partie transversale il se forma de nouveau un petit abcès et, après quelques mois, il y eut là une petite hernie très nette. Il n'y avait pas de tuberculose chez cette femme et la trompe examinée avait fait reconnaître la nature gonorrhéique de l'affection.

Donc la méthode d'incision de Pfannenstiel ne met pas plus que les autres à l'abri des suppurations tardives possibles, et n'exclut pas le danger de hernie.

M. B.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VULVE ET VAGIN

Cova. — Étude histologique d'un cas d'**éléphantiasis** de la **vulve.** (Soc. gyn. et obst. de Toscane, 9 janvier 1902, in arch. ital. de gin., 31 août 1902.)

Donald. — **Kraurosis** de la **vulve**. (North of England obs. and gyn. soc., 17 octobre 1902, in British med. Journ., 8 novembre 1902.)

Bonnefous. — Contribution à l'étude du **cancer** primitif du **vagin.** (Thèse de Paris, 10 décembre, 1902.)

UTÉRUS

Boldt. — **Endométrite.** (South. surg. and gyn. Assoc. Cincinnati 11-13 novembre 1902, in med. Rec., 29 novembre 1902.)

Oltramare (Mme). — Etude sur la généralisation aux voies lymphatiques du **cancer** de l'**uterus.** (Thèse de Paris, 20 novembre 1902.)

Tesson. — **Cancer** primitif du **corps utérin.** (1 vol. Steinheil, Paris.)

Emory Lanphear. — **Cancer de l'utérus**, dans la vallée du Mississipi. (Missis. val. med. ass., 15-17 octobre 1902, in med. Rec., 8 novembre 1902.)

Riddle Goffe. — Quel conseil doit-on donner à une femme atteinte de **tumeur fibreuse** de l'**utérus** ? (New York state med. ass., 20-23 octobre 1902, in med, rec., 25 octobre 1902)

Snow (Herbert). **Monome utérin**, compliqué par la présence dans le même utérus de trois myomes. (British soc., 13 novembre 1902, in Brit. med. Journ., 22 novembre 1902.)

Bouvier. — **Carcinome** du **corps** de l'**uterus**, compliqué de **pyométrie.** (Sem. gyn., 2 décembre 1902.)

Nancel-Penard. — **Fibrome kystique** à évolution rapide. (Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux, 21 octobre 1902, in Journ. de méd. de Bordeaux, 16 novembre 1902.)

Prince. — Un cas d'**endothéliome** de l'**utérus.** (Obst. soc. of Philadelphie, 4 septembre 1902, in ann. of gyn. and. ped., novembre 1902.)

Baussenat et *Daniel.* — **Fibrome** mou du **col** de l'**utérus.** (Soc. anat., 24 octobre 1902, in Presse méd., 5 novembre 1902.)

Dumon et *Savelli.* — Deux cas de **rétroversion utérine** adhérente avec rétroflexion. (Marseille méd., 15 novembre 1902.)

Coffart. — **Prolapsus utérin** chez une jeune fille de quinze ans. (Soc. anat. clin. de Lille, 9 juillet 1902, in Journ. des sciences méd. de Lille, 1er novembre 1902.)

ANNEXES

Macnaughton-Jones. — **Tumeur annexielle** comprenant un ovaire, une trompe et un appendice adhérent. (British gyn. soc., 13 novembre 1902, in Brit. med. Journ., 22 novembre, 1902.)
Gemmell. — **Tuberculose primaire** de l'**ovaire**. (North of England obst. and gyn. soc., 21 novembre 1902, in Brit. med. Journ., 6 décembre 1902.)
Mouchotte. — .**Kyste** de l'**ovaire gauche** à **pédicule** tordu. (Soc. anat., 17 octobre 1902, in Presse med., 22 octobre 1902.)
Delétrez. — **Kyste ovarique** simulant une **appendicite aiguë**, (Ann. ne l'Inst. chir. de Bruxelles, 15 octobre 1902.)
Potier. — **Kystes** hématique de l'**ovaire**. (Soc. anat., 24 et 31 octobre 1902, in Presse med. 5 novembre 1902.)
Maire. — Double **kyste** hématique de l'**ovaire**. (15e congrés de chir., 20-25 octobre 1902, in Bul. med., 12 novembre 1902.)
Macnaughton Jones. — **Grand kyste sanguin** de l'**ovaire droit** et **ovaire gauche kystique** et hydrosalpinx. Bristish. gyn. soc. 13 novembre 1902, in Brit. med. Journ., 22 novembre 1902.)
Descomps et *da Silva Rio Branco.* — **Kyste tubo ovarien**. (Soc. anat., 21 novembre 1902 in Presse méd. 26 janvier 1902.)
Berard. — **Kyste** de l'**ovaire** et **tumeurs** cutanées. (Soc. de chir. de Lyon, 13 novembre 1902, in rev. chir., 10 décembre 1902.)

Pestalozza. — **Fibrome** œdémateux de l'**ovaire droit**. (Soc. d'obst. et gyn. de Toscane, 2 février 1902 in Arch. ital. de gin., 31 août 1902.)

Demons. — **Fibrome** des **ovaires** et des **ligaments larges**. (15e cong. franc. de chir., 20-25 octobre 1902 in Bul. med., 12 novembre 1902.)

Delfosse. — Considérations anatomiques et pathologiques sur 3 cas de **salpingites**. (Journ. des scienc. med. de Lille, 18 octobre 1902.)

Rabier. — Contribution à l'étude de la **torsion** des **trompes**. (Thèse de Paris, 20 novembre 1902.)

Bland-Sutton. — **Cancer** primitif de la trompe de Fallope. (Obst. soc. de Londres, 5 novembre 1902 in Brit. med. Journ., 15 novembre 1902.)

Barraud. — **Trompe utérine** privée de pavillon. (Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux, 10 novembre 1902 in Journ. de med. de Bordeaux, 30 novembre 1902.)

Ladinski. — **Appendicite** et **pyosalpinx**. (New-York Acad. of. med., 23 octobre 1902 in med. Rev., 15 novembre 1902.)

PÉRITOINE

Bonifield. — Les **maladies pelviennes** dans la **jeunesse** et chez les **vierges**. (Amer. ass. of obst. and gyn., 16 septembre 1902, in Med. Rec., 4 octobre 1902.)

Petit. — Les **hyperesthésies pelviennes** chez la **femme**. (Sem. gyn., 28 octobre 1902.)

Stroheker. — Les **fibromes** du **ligament large**. (1 vol. in-8°, Naud, Paris, 1902.)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Pinard. — **Menstruation** dans la **grossesse extra-utérine.** (Soc. d'obst. gyn. et péd. de Paris, 20 octobre 1902 in Bul. méd., 29 octobre 1902.)

Boursier. — Note sur deux cas de **grossesse tubaire** avec **avortement tubo-abdominal** incomplet. (15e cong. de chir., 20-25 octobre in Bul. méd., 12 novembre 1902.)

Speer (G.-G.). — **Grossesse tubaire.** Rupture à une période peu avancée de la gestation. (The med. age, 25 octobre 1902.)

Demons et *Fieux.* — **Grossesse tubaire** développée dans un conduit accessoire. (Soc. d'obst. gyn. et péd. de Bordeaux, 8 avril 1902 in Rev. mens. de gyn. obst. et péd. de Bordeaux, juin 1902.)

Picqué. — De la **grossesse extra-utérine.** (15e cong. de chir., 20-25 octobre 1902 in Bul. méd., 12 novembre 1902.)

Bazy. — **Grossesse tubaire** suppurée. (Soc. de chir., 5 novembre 1902 in Presse méd., 15 novembre 1902.)

Mouchet. — **Grossesse tubaire.** (Soc. anat., 7 novembre 1902 in Presse méd., 19 novembre 1902.)

Potocki. — Observation curieuse de **grossesse extra-utérine** reliée à la cavité utérine. (Soc. d'obst. gyn. et péd., 10 novembre 1902 in Presse méd., 22 novembre 1902.)

O'Callaghan. — **Grossesse ectopique** dans le **ligament large** gauche. **Rupture** secondaire **dans** la cavité péritonéale. (British gyn. soc., 13 novembre 1902 in Brit. med. Journ., 22 novembre 1902.)

Okinczyc. — **Grossesse extra-utérine.** (Soc. anat., 21 novembre 1902 in Presse méd., 26 novembre 1902.)

Weinberg. — Des **modifications** de l'**utérus** dans la **grossesse tubaire.** (Soc. anat., 21 novembre 1902 in Presse méd., 26 novembre 1902.)

Wells. — **Grossesses ectopiques** répétées. (Med. Rec., 22 novembre 1902.)

Coe. — **Grossesse ectopique** deux fois chez la même femme. (New-York, Acad. of Med., 23 octobre 1902 in Med. Rec., 15 novembre 1902.)

Giltay. — **Grossesse extra-utérine** rompue. (Ann. et bul. de la Soc. de Méd. d'Anvers, septembre-octobre 1902.)

ÉTAT GÉNÉRAL — PHYSIOLOGIE

Dervaux. — De la **tuberculose génitale** de la femme et de ses complications péritonéales. (Thèse de Paris, 30 octobre 1902.)

Spinelli. — Documents pour l'étude de la **tuberculose génitale** féminine. (Arch. ital. di Gin., 31 août 1902.)

Barnsby. — Remarques sur l'**appendicite** chez la femme dans ses relations avec les **lésions utéro-annexielles.** (Cong. franç. de chirurgie, 20-25 octobre 1902 in Gaz. hebd., 9 novembre 1902.)

Brocq. — **Prurit** chez une **ovariotomisée.** (Journ. de Méd. et de chir. prat., 10 novembre 1902.)

Hontanon. — Sur les **métrorrhagies** de la **ménopause.** (Rev. de Med. y cir. pract., 14 novembre 1902.)

Muret. — **Anomalies** congénitales et acquises des **organes géni-**

taux de la femme. (Soc. vaudoise de méd., 5 juillet 1902 in Rev. méd. de la Suisse rom., 20 novembre 1902.)

THÉRAPEUTIQUE. — CHIRURGIE.

Delbet. — **Périnéorraphie** par **interposition.** (Soc. de chir., 19 novembre 1902, in Gaz. hebd., 27 novembre 1902.)

Ozenne. — **Absence** congénitale du **vagin**. Ligature en bourse appliquée à une large perforation de la première portion du rectum produite pendant la création d'un vagin artificiel. (Bull. méd., 29 novembre 1902.)

Gosselin. — Contribution à l'étude du traitement médical des **métrites** et **salpingites**. (1 vol. Steinheil, Paris.)

Le Fort. — Ablation du **col utérin.** (Soc. cent. de med. du Nord. 10 octobre 1902 ; in Nord med. 1er décembre 1902.)

Nigoul. — La stomatoplastie par évidement commissural du col. — Traitement de choix de la **stérilité** par sténose du **col** de l'**utérus.** (Thèse de Paris, 6 novembre 1902.)

Fresson. — Traitement chirurgical de l'**inversion utérine**. (Thèse de Paris, 27 novembre 1902.)

Branham. — La **voie vaginale** pour les opérations sur l'**utérus** et les **annexes**. (Amer. ass. of obst. and gyn. in med. Rec., 4 octobre 1902.)

Robins. — **Prolapsus** de l'**utérus**. Traitement chirurgical. (South. surg. and gyn. assoc., 11-13 novembre 1902 ; Cincinnati, in med. Rec., 29 novembre 1902.)

Hugh Ferguson. — **Transplantation** antérieure du **ligament rond** pour **déplacements** de l'**utérus**. (South. surg. and. gyn. ass. Cincinnati, 11-13 novembre 1902, in med Rec., 29 novembre 1902.)

Simpson. — **Raccourcissement** intraabdominal mais rétropéritonéal et fixation antérieure des **ligaments ronds** pour **déplacements utérins** postérieurs. (South. surg. and. gyn. ass. Cincinnati, 11-13 novembre 1902, in Med. Rec. 29 novembre 1902.)

Oui. — **Fibromes utérins** multiples. **Hystérectomie** abdominale supra vaginale. (Soc. cent. de Méd. du dép. du Nord, 10 octobre 1902 in Echo med. du Nord, 19 octobre 1902.)

Delétrez. — **Fibrome sous-muqueux.** Enucléation suivie d'hystérectomie abdominale totale. (Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles, 15 octobre 1902.)

Nunéz. — **Tumeur fibreuse** interstitielle de l'**utérus** et **salpingite purulente** enkystée. Laparotomie. Salpingo-ovariectomie et énucléation du fibrome. Guérison. (Rev. de med. y cir. de la Habana, 25 septembre 1902.)

Lafourcade. — **Hystérectomie abdominale** pour **fibrome**. (15e cong. de chir., 20-25 octobre 1902, in Bul. med., 12 nov. 1902.)

Villar. — **Fibrome de la lèvre antérieure du col.** Ablation. — (Soc. d'obst. gyn. et péd. de Bordeaux, 11 novembre 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 16 novembre 1902.)

Robert Lœwy et Guibal. — A propos de la **technique** des **myomectomies.** (Soc. anat., 7 novembre 1902, in Presse med., 19 novembre 1902.)

Cordaro. — **Hystérectomie totale abdominale** pour **myome** et

traitement retropéritonéal du pédicule. (La Rassegna d'ost. e gin., novembre 1902.)

Courtin et Guyot. — Volumineux **fibrome** de l'**utérus**. Hystérectomie abdominale totale. Guérison. (Soc. d'anat. et phys. de Bordeaux, 10 novembre 1902, in Journ. de Méd. de Bordeaux, 30 novembre 1902.)

Bowers. — Diagnostic précoce et traitement conservateur des **tumeurs** fibromyomateuses de l'**utérus**. (Mississipi Val. med. ass., 15-17 octobre 1902, in Med. Rec., 8 novembre 1902.)

Mucci (Sivio). — Traitement palliatif du **cancer utérin** inopérable. (Arch. ital. di gin., 31 août 1902.)

Jorge Le Roy. — Un cas d'**hystérectomie vaginale** pour **cancer.** (Rev. med. cubana, 15 octobre 1902.)

David. — Contribution à l'étude du traitement du **cancer utérin** par **hystérectomie abdominale totale.** (Thèse de Paris, 11 décembre 1902.)

Cleaves. — Les **rayons Rontgen** et ultraviolets dans le traitement du **cancer utérin.** (New-York acad. of med., 23 octobre 1902 in med. Rec., 15 novembre 1902.)

Caldwell. — Type spécial de tube de Crookes pour les applications thérapeutiques des **rayons Rontgen** au **col** de l'**utérus.** (New-York, med. Journ., 22 novembre 1902.)

Echevarria. — Laparo-**hystérectomie** totale. (Rev. med. cubana, 15 octobre 1902.)

Macnaughton (Jones). — **Chirurgie conservatrice** dans la cœliotomie abdominale pour maladie des **annexes.** (British gyn. soc., 13 novembre; in Brit. med. Journ., 22 novembre 1902.)

Milian. — Volumineux **corps jaunes** fibreux de l'**ovaire** et **ovarectomie.** (Soc. anat., 17 octobre 1902 ; in Presse med., 22 octobre 1902.)

Croft. — **Kyste papillomateux** bilatéral de l'**ovaire.** Ablation. (North of England Obst. and gyn. soc., 17 octobre 1902; in Brit. med. Journ., 8 novembre 1902.)

Lapeyre. — A propos de la **chirurgie conservatrice** de l'**ovaire.** (Cong. franc. de chir., 20-25 octobre 1902; in Rev. de chir., 10 novembre 1902.)

Boucher. — Double **kyste** multiloculaire de l'**ovaire,** compliqué de carcinome du colon descendant; opération; guérison. (Med. Rec., 22 novembre 1902.)

Dunning. — **Opérations** conservatrices sur les **ovaires.** (South. surg. and. gyn. assoc., 11-13 nov. 1902; Cincinnati, in med. Rec., 29 novembre 1902.)

Courtillier. — Hernie inguinale congénitale irréductible de la **trompe** et de l'**ovaire gauche.** Laparatomie. Guérison. (Soc. med. du Louvre, 22 juillet 1902, in Bul. off. des soc. méd. d'arrond. de Paris et de la Seine, 20 novembre 1902.)

Roche. — **Kyste dermoïde** de la cavité péritonéale. Ablation. (Soc. d'anat. et de phys., de Bordeaux, 10 nov. 1902, in Jour. de Med. de Bordeaux, 30 nov. 1902.)

Taylor. — **Myome du ligament ovarien.** Ablation. (Birmingham and Midland count. branch of the Brit, med., assoc. 13 nov, 1902, in Brit. Med. Journ. 6 déc. 1902.)

Maubert. — Des **blessures** de l'**uretère** dans les interventions par

voie abdominale sur l'**utérus** et les **annexes**. (1 vol. Steinheil, Paris.)

Paull. — **Massage vibratoire** des **organes pelviens** de la femme. (Frauennarzt, 28 nov. 1902.)

Kahn. — De l'abandon de la **ceinture abdominale** après la **coeliotomie** (Mississippi Val. med. Ass. 15 17 oct. 1902, in Med. Rec.. 8 nov. 1902.)

Stanmore Bishop. — Faut-il toujours employer la **sonde** dans les **opérations abdomino-pelviennes** chez les femmes. (The Practitioner déc. 1902.)

Delphey. — Les **rayons Rontgen** en **gynécologie**. (New York st. med. Ass. 20-23 oct. 1902, in Med. Rec. 1er nov. 1902.)

Simpson. — Usage de la **glace** après les sections abdominales. (Amer ass. ot Obst. and gyn. 16 sept. 1902, in Med. Rec. 4 oct. 1902.)

GÉNÉRALITÉS

Schaeffer. — Atlas. Manuel de **gynécologie**, (1 vol. in-16, 333 p. Baillière, Paris.)

Hurtado. — Statistique des opérations effectués dans le service de chirurgie des femmes. (Hop. S. André, Mexico in Cron. med. mex. nov. 1902.)

Ricci. — Bulletin bimensuel de la **clinique gynécologique** Spinelli. (Arch. ital. di gin. 31 août 1902.)

Boursier. — **Précis** de **gynécologie**. (1 vol. in-18°, 286 fig. Doin, Paris.)

Jenks. — Le côté **médical** de la **gynécologie** (Amer. gyn. soc. 27-29 mai 1902, in New York med. Journ. 1er nov. 1902.)

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

Nota. — **Les chiffres gras accompagnés d'un astérisque indiquent un mémoire (00*), les chiffres gras sans astérisque, une analyse (00); les chiffres ordinaires, une indication bibliographique (00).**

MÉMOIRES ORIGINAUX

VULVE ET VAGIN

UTÉRUS

ANNEXES

PÉRITOINE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

ÉTAT GÉNÉRAL — PHYSIOLOGIE

THÉRAPEUTIQUE, CHIRURGIE

GÉNÉRALITÉS

TABLE DES AUTEURS

Nota. — Les chiffres gras accompagnés d'un astérisque indiquent un mémoire (**00***) ; les chiffres gras sans astérisque, une analyse (**00**) ; les chiffres ordinaires, une indication bibliographique (00).

W

Le Propriétaire-Gérant : O. Doin.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

UN LIVRE UTILE AUX PRATICIENS

Petite chirurgie et pratique obstétricale et gynécologique.
Instruments en caoutchouc nécessaires dans cette branche médicale.

Un de nos confrères, publiciste médical, vient d'écrire sur la demande de la maison A. Bognier et G. Burnet, grands manufacturiers en caoutchouc, un petit opuscule des plus intéressants sur la pratique obstétricale et gynécologique, et sur l'emploi de divers appareils nécessaires et utiles, dans cette branche importante de la médecine, opuscule destiné aux praticiens et à la sage-femme. Intitulé, *Petit aide-mémoire d'Hygiène et de petite chirurgie*, chez la femme, ce petit recueil a été fait par le Dr E. Blanc, déjà connue des lecteurs de ce journal.

L'auteur dit qu'en écrivant ce petit ouvrage, il n'a eu pour but que d'être utile au praticien, qui doit se préoccuper toujours, et avec raison de guérir.

« L'asepsie et l'antisepsie ont réalisé, dit l'auteur, d'une manière relativement simple un progrès incessant. Des nouvelles doctrines ont découlé des conséquences considérables au point de vue hygiène. Les agents pathogènes ont été découverts par un grand nombre de savants en tête desquels brillent, comme deux étoiles de première grandeur, les noms de Davaine, de Pasteur, savants glorieux et populaires, dont la valeur pratique de leurs découvertes est immense.

« Grâce à eux, à l'empirisme des siècles derniers et du commencement du XIXe a succédé une notion plus parfaite dans les indications médicales de la thérapeutique comme dans le savoir réel des effets particuliers et appropriés d'un grand nombre de remèdes, ainsi que dans la pratique constante et raisonnée de la chirurgie ou de l'obstétrique. »

Enfin, après diverses considérations générales, l'auteur aborde un sujet dont voici les divisions générales :

« Nous avons, dit-il, divisé notre petit opuscule en cinq parties distinctes :

Dans la première partie, nous traitons, dans un exposé d'ensemble, l'hygiène des génitales chez la femme.

Nous consacrons le deuxième chapitre à un examen détaillé des génitalites ; pour faire mieux comprendre ces divers états, nous avons placé quelques schémas des déviations de l'utérus.

Dans la troisième partie, nous nous sommes attaché à constituer un guide, très abrégé, il est vrai, de l'hygiène de la grossesse et de ses maladies particulières.

Le chapitre IV a pour titre « *L'Enfant* » ; cette quatrième partie est,

en effet, spécialement consacrée à l'hygiène du nouveau-né et à divers petits appareils qui lui sont de toute utilité.

Nous avons réuni, sous le titre général d'*Annexes* et comme formant une cinquième partie, divers conseils pratiques. »

Ce livre, véritablement utile et guide pratique, sera envoyé à tous les praticiens et à toutes les sages-femmes par la maison A. Bognier et G. Burnet qui se met d'ores et déjà à la disposition de sa nombreuse clientèle médicale ; il est sous presse et va être incessamment édité.

MM. A. Bognier et G. Burnet profitent de l'annonce de cet opuscule pour rappeler aux médecins et sages-femmes, qui veulent bien les honorer de leur confiance, qu'ils ont comme par le passé, un souci scrupuleux de les satisfaire ; que toute commande d'appareils nouveaux est soigneusement menée à bien suivant les indications de l'inventeur ; qu'enfin des appareils spéciaux, véritable monopole de la maison, sont à la disposition du grand public médical, à des prix très réduits et constituent le dernier degré dans le progrès à accomplir pour la prothèse des maladies de l'utérus.

Nous attirerons aussi l'attention des praticiens sur un injecteur nouveau « La Vonda » à double courant, spécialité de la maison, réalisant le progrès le plus grand d'asepsie et d'une utilité incontestable pour les soins hygiéniques de la toilette féminine.

Nous ne laisserons pas sous silence un nouvel appareil spécial qui, au moyen d'une soufflerie, est à pression d'air, et peut s'adapter à n'importe quelle bouteille. Cet appareil, des plus utiles, peut rendre des services très importants au médecin soit à la ville, soit à la campagne, soit aux colonies ; il peut servir à la fois pour le lavage des plaies, pour les injections vaginales, et pour les lavements. Son prix, des plus modiques et son emploi, des plus simples, le font apprécier déjà par un grand nombre de praticiens et le rend d'un usage courant.

La maison tient encore à la disposition des médecins des canules vaginales (nouveau modèle) à courant continu, permettant de donner des injections vaginales à 45 et 50 degrés sans exposer la femme à subir le contact de l'eau porté à une si haute température.

Enfin nous ne nous arrêterions pas si nous devions mentionner ici toutes les spécialités de MM. A Bognier et G. Burnet, qui sont universellement connus et ont obtenu, aux diverses expositions, les plus hautes récompenses, notamment en 1900.

Ces Messieurs, du reste, tiennent à la disposition des praticiens qui leur en feront la demande, leur catalogue raisonné. Des prix spéciaux sont faits à tout médecin ou sage-femme qui s'adresse directement à la maison.

Dr Léco.

7e Année. — N° 6. Décembre 1902.

LA GYNÉCOLOGIE

(ANCIENNEMENT NOUVELLES ARCHIVES D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE)

(12e ANNÉE)

Paraissant tous les deux mois

Abonnements. — Un an : France, 12 fr.: Etranger, 13 fr.

Le Numéro 2 fr. 50

ADMINISTRATION :
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, Place de l'Odéon, 8
PARIS

Adresser tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le Dr Doléris, 20, boul. de Courcelles.

SOMMAIRE

MANUFACTURE DE CAOUTCHOUC
SOUPLE ET DURCI
INSTRUMENTS DE CHIRURGIE, DE CHIMIE

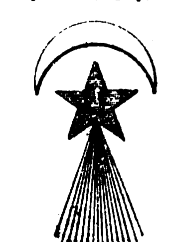
RECOMPENSES

3 Médailles de Bronze.
1 « d'Argent.
2 « d'Or.
3 Diplômes d'Honneur.
4 Grands Prix.

PARIS 1897
GRAND PRIX : MEMBRE DU JURY

POITIERS 1898
HORS CONCOURS : MEMBRE DU JURY

MARQUE DE FABRIQUE



AUX EXPOSITIONS

Paris 1900 : Exposition Universelle
Médaille d'Or
3 *Médailles d'Argent.*
2 *Médailles de Bronze.*

OSTENDE 1901
Hors Concours
Membre du Jury

A. BOGNIER ✿ (A) & G. BURNET

B. S. G. D. G.

PARIS. — 125, Rue Vieille-du-Temple, Téléphone 251-78. — PARIS
Usine à vapeur, 75, Route de Choisy. (Ivry-sur-Seine).

Alèzes, bandages, bas à varices, bouchons de chimie, ceintures ombilicales et ventrières, énemas, coussins de voyages, douches, gants, matelas, pessaires, pulvérisateurs, sacs à gaz, tubes, tubes pour lavages de l'estomac, tobs, urinaux et appareils pour vieillards, sondes, vessies à glace.

Nous attirons spécialement l'attention de MM. les Docteurs sur « **LA VONDA** », **injecteur à douche et à aspiration alternative, dont nous sommes les seuls concessionnaires du brevet, ainsi que sur la Nouvelle Canule Vaginale à double courant.**



Elixir laxatif contre la CONSTIPATION
agréable à prendre
LIQUIDE
CASCARA ALEXANDRE
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
0g.50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
19, Rue des Mathurins, PARIS



CONGESTIONS. DILATATIONS. INFLAMMATIONS VEINEUSES
2à3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE-ROYA
Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
LACHARTRE
19.R.Mathurins, PARIS
HEMORRAGIES-PHLEBITES-VARICES-HEMORROIDES



COTON ✱ FIL ✱ SOIE

AVIS A NOS ABONNÉS

L'administration de l'**Obstétrique** et de la **Gynécologie** prie MM. les abonnés de bien vouloir faire parvenir le montant de leur abonnement avant le 30 janvier, à M. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Passé cette date, l'administration fera présenter une quittance augmentée de 1 franc pour les frais de recouvrement.

AVIS

Les ouvrages annoncés dans l'*Obstétrique* et dans la *Gynécologie* sont expédiés franco de port aux prix marqués, non seulement en France, mais dans tous les pays étrangers, au reçu d'un mandat postal, de timbres-poste français ou d'une valeur à vue sur Paris.

Octave DOIN, Éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

BIBLIOTHÈQUE
DE
CHIRURGIE CONTEMPORAINE

Publiée sous la direction de

A. RICARD ET **E. ROCHARD**

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

VOLUMES EN COURS D'IMPRESSION OU DE RÉDACTION

Les Tumeurs, par les professeurs Simon DUPLAY et CAZIN, Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris.

Chirurgie du thorax et des mamelles, par WALTHER. professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de la Maison municipale de Santé.

Chirurgie de l'abdomen en général, du pancréas et de la rate, par P. MICHAUT, Chirurgien de l'Hôpital Broussais.

Chirurgie de l'estomac et de l'intestin, par TUFFIER, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

Chirurgie des hernies, par E. ROCHARD, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Chirurgie des voies urinaires, 2 volumes, par P. BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

VOLUMES PARUS AU 1er DÉCEMBRE 1902

Infections, Traumatismes et Diathèses, par P. VILLEMIN, 1 vol. de 550 pages, avec figures tirées en couleurs dans le texte .... 7 fr.

Chirurgie des artères, des veines, des lymphatiques et des nerfs, par J. BOUGLÉ, 1 vol. de 500 pages, avec 96 figures dans le texte .... 6 fr.

Chirurgie générale des muscles, des tendons, des bourses séreuses et de la peau, par P. MAUCLAIRE, 1 volume de 425 pages avec 79 figures dans le texte.. 6 fr.

Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve, par G. RICHELOT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis... 7 fr.

Chirurgie des annexes de l'utérus, par FAURE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux .... 6 fr.

Chirurgie du gros intestin, du rectum et de l'anus, par GÉRARD-MARCHANT, Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut .... 6 fr.

